

Année 1898

THÈSE No 180
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 février 1898, à une heure

PAR

Emile MANOLESCU

Né à Roman (Roumanie), le 22 décembre 1872

I N F L U E N C E

DES

MALFORMATIONS UTÉRO-VAGINALES

D'ORIGINE CONGÉNITALE

Sur la Vie génésique de la Femme

Président : M. PINARD.

Juges : MM. { FOURNIER.
GAUCHER.
VARNIER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29 — Rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N° —

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 février 1898, à une heure

PAR

Emile MANOLESCU

Né à Roman (Roumanie), le 22 décembre 1872

INFLUENCE

DES

MALFORMATIONS UTÉRO-VAGINALES

D'ORIGINE CONGÉNITALE

Sur la Vie génésique de la Femme



Président : M. PINARD.

Juges : MM. { FOURNIER.
GAUCHER.
VARNIER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE PAUL DELMAR

29 — Rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle	BLANCHARD.
Chimie médicale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	} DIEULAFOY. POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Clinique médicale	
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
	} LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique chirurgicale	
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	} N. PINARD.

Professeurs honoraires

M. N...

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques,	WALTHER.
CHARIN.	HEIM.	REITTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique d'accouchements

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Je dédie ce modeste travail en signe
d'admiration et de profonde reconnaissance.*

A TOUS MES PREMIERS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES CHERS PARENTS ET BEAUX-PARENTS

AFFECTION FILIALE

A MA CHÈRE FEMME BIEN ADORÉE

AMOUR ET DÉVOUEMENT

A MES ONCLES MM. RAPAPORT ET A. CHEIS

Les sacrifices que vous vous êtes
imposés durant mes études, je ne les
oublierai jamais.

Permettez-moi, chers oncles, de vous
en exprimer toute ma reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

Pendant que nous avons eu le bonheur de faire notre stage obstétrical à la clinique Baudelocque, dans le service de l'illustre maître M. le professeur Pinard, nous avons eu l'occasion d'assister un jour à l'accouchement d'une femme, qui présentait une malformation de l'utérus et du vagin assez caractéristique.

L'accouchement a eu lieu dans les meilleures conditions possibles, et l'observation, assez intéressante d'ailleurs, nous la trouverons in-extenso à la fin de notre travail.

Ce cas nous a saisi pour ainsi dire. D'autre part, la rareté relative des cas de malformations utéro-vaginales, l'histoire assez compliquée, au point de vue de toute la vie génésique de cette femme, ainsi qu'une leçon clinique magistralement faite à

ce propos, un peu plus tard par M. le professeur Pinard, tout cela nous a inspiré suffisamment pour bien étudier et reprendre cette question, et pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La question, en effet, est déjà trop étudiée, et sous tous les rapports ; nous n'aurons donc pas la prétention d'enrichir la science d'innovations. D'autre part, le sujet étant trop vaste pour une thèse inaugurale, nous tâcherons, autant que possible, de rester sur le terrain clinique ; et ainsi placés, nous insisterons surtout sur les malformations le plus fréquemment observées.

Ceci étant notre but, nous nous serions contentés d'avoir — par un court travail d'ensemble, par la forme surtout plus ou moins originelle sous laquelle nous désirons présenter la chose, et enfin par quelques observations nouvelles — contribué au vaste chapitre des malformations de l'appareil génital de la femme.

Nous nous proposons donc, après avoir donné un aperçu général sur le développement normal de l'utérus et du vagin, et après avoir passé succinctement en revue la genèse de leurs malformations, d'étudier successivement, dans les chapitres

suivants, les rapports de ces vices de conformation avec les différentes fonctions physiologiques de l'appareil génital de la femme, lesquelles constituent l'ensemble de sa vie génésique.

Avant d'entamer la question, nous tenons à remplir un doux devoir, celui de remercier les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Qu'il nous soit donc permis d'exprimer toute notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Bucharest, ceux qui les premiers nous ont initié aux études médicales, et particulièrement à MM. les professeurs Kalendero, Babès, Stoïcesco, Severeano, Romniceano, Petrini-Paul, Obregia : nous avons pendant longtemps profité de leur enseignement.

Nous garderons toujours un profond sentiment de reconnaissance et d'admiration à nos excellents maîtres de la Faculté de médecine de Paris, et particulièrement à MM. les professeurs Brouardel, Potain, Jaccoud, Duplay, Landouzy, Dieulafoy, Panas, Berger, Reclus, Déjerine, Pozzi et Marfan.

Nous sommes heureux de pouvoir bien vive-

ment témoigner toute notre reconnaissance et admiration à notre vénéré maître M. le professeur Pinard, dont l'enseignement nous a fait connaître la pratique obstétricale. Ses précieux conseils, et ses leçons magistrales, nous guideront toujours dans notre carrière. Il nous a fait en outre le plus grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de ce modeste travail.

Nous remercions de tout cœur nos maîtres MM. les docteurs : Doléris, Thibierge et Comby dont l'enseignement clinique dans les hôpitaux nous a beaucoup profité.

Qu'il nous soit permis, d'exprimer toute notre gratitude à notre maître M. le professeur Démosthène, chirurgien en chef de l'hôpital militaire central, et professeur à la Faculté de médecine de Bucharest, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant que nous avons fait notre stage militaire dans son service.

Nous profitons enfin d'une bonne occasion, pour remercier M. le D^r Schachman, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour les sages conseils qu'il nous a prodigués, et pour le profit intellectuel que

nous en avons tiré pendant notre séjour comme interne dans son service à l'hôpital « Caritas » de Bucharest.

INFLUENCE
DES
MALFORMATIONS UTÉRO-VAGINALES
D'ORIGINE CONGÉNITALE
SUR LA VIE GÉNÉSIQUE DE LA FEMME

CHAPITRE PREMIER

**Aperçu général du développement de l'utérus
et du vagin**

L'origine embryonnaire des organes génitaux est identique dans les deux sexes ; elle consiste dans l'apparition et dans le développement ultérieur de trois organes : *le corps de Wolff*, *le canal de Müller*, et la *glande génitale*.

Le corps de Wolff (1) ou *d'Oken* ou *rein primordial*, est un organe à existence passagère, qui, déjà assez bien développé, sur un embryon de 35 jours, disparaît à la fin du deuxième mois.

Il s'étend du sommet de la poitrine jusqu'au bassin, sur les côtés de la colonne vertébrale. Il est constitué primitivement par deux conduits longitudinaux, sur lesquels

1. Viault : Le corps de Wolff. Thèse d'agrégation. Paris 1880.

viennent s'aboucher plus tard des tubes d'abord rectilignes, ensuite flexueux et terminés en cæcum. Les conduits longitudinaux primitifs, qui semblent constituer les canaux excréteurs de cette masse glandulaire, viennent aboutir inférieurement à la partie postérieure du sinus *uro génital*.

Vers la sixième semaine, on voit apparaître à la partie interne des corps de *Wolff*, les *glandes génitales* qui sont destinées à former plus tard, soit les ovaires, soit les testicules; et à mesure qu'elles se développent, on voit le corps de *Wolff* diminuer de volume, et finir même par s'atrophier.

A la partie inférieure du corps de *Wolff*, on voit apparaître un bourgeon creux, qui constituera l'urètre.

Le canal de *Müller* (1) naît quelque temps après le canal de *Wolff*, et suit latéralement tout le parcours de ce dernier. Il est placé d'abord sur le côté externe, puis sur le côté antérieur du canal de *Wolff*, en avant du rein primitif. Il s'étend en haut jusqu'à l'extrémité supérieure de la glande. A l'extrémité inférieure du rein primitif, les canaux de *Müller* se tournent vers le côté interne, puis vers le côté postérieur des canaux de *Wolff*. Là, les deux canaux sont juxtaposés, et s'abouchent tout près l'un de l'autre, en dessous de la vessie, dans le sinus *uro-génital*.

L'origine des canaux de *Müller* (2) se trouve dans l'épithélium de la région germinative, ou *épithélium germinatif* (Keimepithel) de *Waldeyer*.

1. Kolliker : Traité d'embryologie, trad. fr. 1882, p. 1019.

2. Kolliker : loc. cit.

Cet épithélium provient à son tour, d'un épaissement très manifeste de l'épithélium péritonéal du rein primitif (corps de Wolff); fait qui a été bien observé vers le 5^e jour chez le poulet, par *Bornhaupt*. En effet, on remarque à cette époque chez le poulet, un sillon longitudinal sur le corps de Wolff; et sur le côté interne de ce sillon, le rein primitif présente un épaissement de son épithélium péritonéal. C'est cet épithélium — et en spécial sa partie latérale, la partie interne étant destinée pour la formation de l'ovaire — qui est l'origine prochaine du canal de Müller.

Pour *Kolliker*, il faut donc considérer cet épithélium germinatif comme une partie de l'épithélium péritonéal, ayant par conséquent des rapports spéciaux avec les organes génitaux et n'étant nullement une formation absolument à part.

Jusqu'au troisième mois, l'embryon possède les éléments des deux sexes; il est par conséquent de sexe indifférent et indéterminé (1). Mais à ce moment-là commence l'évolution des organes internes, qui va diriger l'embryon vers le type masculin, ou vers le type féminin.

On ne connaît pas la cause qui imprime à un moment donné, à l'embryon animal, une direction vers l'un ou l'autre sexe. Mais on connaît aujourd'hui très bien l'évolution ultérieure pour atteindre ce but, évolution qui consiste dans le développement de certains éléments et dans l'atrophie de quelques autres.

1. Pozzi : Traité de gynécologie 2^e édition, p. 1200.

Ainsi, la glande génitale peut se transformer en testicule ou en ovaire ; mais le canal Müller et le conduit excréteur du corps de Wolff se développeront ou s'atrophieront, suivant que le fœtus évoluera vers le sexe masculin ou vers le sexe féminin.

Chez le mâle, les conduits de Müller s'atrophient et disparaissent, ne laissant comme vestige que l'*utricule prostatique* ; les corps de Wolff vont persister pour former l'*épididyme* et le *canal déférent*.

Chez le fœtus de sexe féminin, c'est le corps de Wolff qui disparaît, à l'exception d'une petite portion qui donne naissance à l'*organe de Rosenmüller* ou *parovarium* (Kobelt) (1) ou épophoron (Waldeyer). Les canaux de Wolff se conservent chez certaines femelles de mammifères (ruminants), et s'appellent : les *canaux de Gartner* ; mais il est certain que tous ces restes du corps et des canaux de Wolff ne jouent plus aucun rôle dans la suite.

Le corps de Wolff n'entre donc pour rien dans la genèse des organes génitaux de la femme, tandis que les canaux de Müller forment la totalité du canal génital : *trompes utérus* et *vagin*.

Les canaux de Müller sont par conséquent, primitivement des canaux excréteurs des glandes sexuelles des deux sexes ; ils ne deviennent des canaux excréteurs véritables que chez la femelle, tandis qu'ils disparaissent presque complètement

1. Kobelt : De l'appareil génital. Trad. de l'allemand par Kaula. Strasbourg 1851.

chez le mâle, où leurs fonctions sont usurpées, pour ainsi dire, par les canaux de Wolff(1).

Voyons maintenant comment les conduits de Müller se disposent pour former le canal génital.

Si nous prenons pour la facilité de l'étude, comme point de repère, le ligament rond qui est formé à son tour au dépens du ligament du corps de Wolff, nous arrivons à partager les conduits müllériens en trois portions, et nous trouverons ce ligament, inséré à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de ces canaux. Ce point de repère est important d'ailleurs pour l'appréciation des arrêts de développement.

Les conduits de Müller eux-mêmes formeront la *trompe de Fallope*, par leur partie supérieure, tandis que leurs parties moyenne et inférieure se fusionneront sur la ligne médiane en un canal unique, désigné sous le nom de *canal utéro-vaginal* ou du canal génital (Leuckart).

Cette fusion se fait d'abord, et d'après la plupart des auteurs, à la partie inférieure, et vers la fin du second mois on remarque déjà cet accollement. Mais ils sont encore à ce moment là séparés dans toute leur étendue, sauf l'embouchure dans le cloaque, par une cloison médiane, qui résulte de leur juxtaposition. Cette cloison persiste à la partie supérieure jusqu'au quatrième mois.

Les parties supérieures des conduits müllériens, placés entre les ligaments ronds et le sommet du cordon génital,

1. Rathke in Kolliker, loc. cit.

E. M.

sont divergentes et donnent naissance aux cornes utérines.

A l'état normal, ces cornes sont peu marquées chez le fœtus humain, étant pour ainsi dire absorbées au profit du corps utérin par l'effet du développement ultérieur(1). Si l'espace compris entre l'insertion des ligaments ronds et le sommet du canal génital se trouve réduit à rien, comme cela constitue la règle chez certains animaux et une exception chez la femme, l'organe se développe alors uniquement aux dépens des cornes qui prennent une importance prédominante et s'ouvrent par deux orifices distincts dans le vagin; c'est ce qu'on observe chez le lapin, le lièvre, etc.

Si la limite entre le vagin et l'utérus se trouve augmentée, les ligaments ronds s'insérant un peu au-dessous du sommet du canal génital. l'utérus aura un petit corps très peu développé; c'est ce qui existe normalement chez le rat, le cochon d'Inde.

Le corps utérin sera d'autant plus considérable, que la limite utéro-vaginale se sera produite à une distance plus grande du sommet.

Si les conduits de Müller ne se fusionnent pas, comme cela arrive chez la plupart des marsupiaux, s'ils évoluent isolément, alors on trouvera deux utérus et deux vagins qui s'ouvrent par deux orifices distincts dans le vestibule.

D'autres fois, les deux vagins séparés dans leur partie moyenne en deux canaux distincts, se fusionnent à leur extrémité supérieure, qui reçoit les deux utérus, ainsi qu'à

1. Pozzi : loc. cit. p. 1240.

leur extrémité inférieure qui s'ouvre dans le vestibule. Cet obstacle à la fusion des conduits de Müller, observé chez les marsupiaux, résulte chez eux d'une disposition spéciale des uretères.

Enfin, les cornes utérines tendent à disparaître chez les singes ; et, dans le type humain, la disposition de simplicité de l'utérus atteint son plus haut degré normalement. Cependant, il peut se produire aussi chez le fœtus humain une série de malformations à la suite de différentes dispositions embryonnaires qui soient absolument analogues à celles observées dans l'échelle zoologique (1).

Si nous passons maintenant des notions fournies par l'anatomie comparée, à celles acquises par l'embryologie, nous trouverons plusieurs hypothèses émises sur la façon dont se développent l'utérus et le vagin.

D'après *Rathke* (2), la matrice prend naissance en partie du canal génital, et en partie de la portion terminale des tubes de Müller ou oviductes. Le segment supérieur de l'utérus se forme aux dépens de ces derniers conduits ; tandis que son segment inférieur, ainsi que le vagin, sont formés aux dépens de la paroi postérieure du sinus uro-génital transformé en cul-de-sac. Les différentes formes de la matrice dépendraient donc, de la part prépondérante que prendraient à sa formation, soit le canal génital, soit les oviductes ; ces derniers prenant par exemple une part plus

1. Pozzi, loc. cit.

2. In Küssmaul : Von dem Mangel der Verkümmernng und Verdopplung der Gebärmutter, Würzburg 1859.

grande dans la formation de l'organe, on aurait alors un utérus bicorne. Cette théorie (1) permet facilement de comprendre, comment on peut rencontrer un utérus simple à sa partie inférieure, et double vers son fond; mais elle ne saurait expliquer, comment une matrice double peut exister avec un vagin double.

D'après leurs observations propres, *Leukart* (2) et *Thiersch* (3), émirent en 1852 les hypothèses suivantes : Pour *Leukart*, les canaux de Müller se fusionnent sur la ligne médiane, formant ainsi un organe impair : le *canalis genitalis*, qui s'élargissant ensuite, se divise en utérus et vagin.

Pour *Thiersch*, les canaux de Wolff et de Müller se soudent à leur extrémité inférieure, avant d'entrer dans le sinus uro-génital. Les canaux de Müller se soudent de bas en haut, et forment un seul canal, qui devient le vagin et le corps de l'utérus. Les cornes naissent des parties adjacentes des canaux de Müller, qui ne sont pas contenues dans le cordon génital.

Les canaux de Müller, d'après *Kolliker*, se soudent d'abord dans le milieu du cordon génital, et restent longtemps doubles aux deux extrémités du cordon; il est donc facile à comprendre, d'après cette hypothèse, comment un utérus simple peut coexister avec un vagin double.

1. Lefort 1863. Th. d'agrég., Paris.

2. *Leukart* : Illustr. méd. Zeitschr. 1852, pg. 93.

3. *Thiersch* : Illustr. méd. Zeitschr. 1852, pg. 41.

Pour *Dohrn*, la fusion commence à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du cordon génital.

Pour *Laugenbacher*, elle aurait lieu chez le lapin, au niveau des extrémités vestibulaires des conduits de Müller.

Comme on le voit donc, les auteurs ne sont pas d'accord sur l'endroit précis où débute la fusion des canaux de Müller. Ces divergences dépendent toujours des espèces animales observées. En effet, le degré de sudure des canaux de Müller est très variable quand on l'observe dans la série zoologique ; de là des utérus plus ou moins bicornes comme nous avons pu le voir plus haut.

D'ailleurs, l'hypothèse sur la duplicité des organes médians à leur origine date déjà depuis bien longtemps ; et, en effet, ce sont : *Serres* (1), *Geoffroy-Saint-Hilaire* (2), *Mondini* (de Bologne) (3) qui, les premiers, ont émis cette opinion. D'après ces auteurs, les organes médians, dans leur développement ultérieur, parcourent trois périodes :

1° Séparation et dédoublement complet ;

2° Rapprochement et réunion sur la ligne médiane ;

3° Fusion complète.

Plus tard, les travaux de *Bischoff* et de *Leuckart*, établirent sur des bases anatomiques, la véracité des opinions théoriques de leurs prédécesseurs.

Quant à l'époque précise à laquelle aura lieu la division

1. Serres : Mém. de l'Institut, 1832, vol. XI.

2. Geoffroy-Saint-Hilaire : Traité de tératologie, 1832. T. I, pg. 552.

3. Mondini : Instit. de Bologne, 1836. T. II.

du canal génital, en utérus et en vagin; on trouve la même divergence d'opinions entre les auteurs.

En effet, d'après *Küssmaul*, l'utérus se laisse distinguer assez facilement du vagin, par un renflement un peu plus fort et par une consistance un peu plus grande déjà vers la dixième ou douzième semaine. Tandis que *Müller*, sur un embryon de cet âge, ne trouva point de limites précises entre l'utérus muni de ses cornes, et le vagin très long dirigé en bas et présentant une ouverture commune avec l'urètre.

D'après *Kolliker* (1), la division du conduit utéro-vaginal ne s'opérerait que dans le cinquième ou dans le sixième mois. A l'endroit qui répondra plus tard au museau de tanche, on voit se former un léger renflement annulaire qui proémine peu à peu dans le vagin, et se transforme dans les derniers mois de la vie embryonnaire, en portion vaginale du col de l'utérus. *R. Geigel* (2), dans un travail plus récent, confirme les données de *Kolliker*.

Pour MM. *Tourneux* et *Legay* (3), le canal génital ne montre encore aucune trace de division en portion utérine et vaginale, au moment où la fusion s'est accomplie, dans presque toute l'étendue du cordon, c'est-à-dire au début du troisième mois.

1. Kolliker : Traité de développement de l'homme et des animaux supér. Tr. fr. 1879.

2. R. Geigel : Ueber variabilität in der Entwicklung der Geschlechtsorgane beim Menschen. Würzburg, 1883.

3. Tourneux et Legay : Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. Journal d'anat. et phys., 1884, p. 348.

La paroi du canal est tapissée, à cette époque, dans toute sa longueur, par l'épithélium primitif des conduits de Müller (épithélium cylindrique). Peu à peu, dans le cours du troisième mois, cet épithélium se transforme dans la portion inférieure du cordon, en épithélium pavimenteux stratifié; tandis que supérieurement, il évolue en épithélium prismatique.

Les deux épithéliums se continuent par une transition graduelle jusqu'au huitième mois de la vie fœtale. Les couches épithéliales du vagin prolifèrent très activement dans le cours du quatrième mois, si bien qu'elles remplissent la cavité vaginale de bas en haut.

Vers le sixième mois, on observe généralement que l'utérus commence à se délimiter en tant qu'organe musculeux, et un léger renflement annulaire marque dans le conduit ce qui deviendra le vagin.

Le *musseau de tanche*, se montre au commencement du 5^e mois, sous forme d'un bourgeon lamelleux épithélial, provenant de l'extrémité supérieure de la masse épithéliale contenue dans le vagin.

Les sillons délimitant les plis de *l'arbre de vie* apparaissent vers la fin du 4^e mois. Les glandes utérines ne se montrent que beaucoup plus tard ; vers la 6^e ou 7^e année.

Le développement de la partie inférieure du vagin n'est pas encore définitivement établi.

Ainsi pour *Hoffmann* (1), les canaux de Wolff prendraient

1. Hoffmann : Congrès des méd. et nat. allemands (Centr. f. gyn. 1878, n^o 2).

part à sa constitution. *Tourneux* et *Legay* soutiennent une théorie analogue. Pour M. *Pozzi*, et d'après des faits tératologiques observés par cet auteur, la région appelée avec *Legay* le canal vestibulaire, et que l'on confond d'ordinaire avec le vagin, ne serait qu'un vestige du sinus uro-génital, et tout à fait indépendant du vagin, au point de vue embryogénique. Cette courte région, toutefois au point de vue physiologique, devrait plutôt être considérée comme une portion évasée de l'urètre recevant le vagin müllerien (1).

L'hymen, qui fait son apparition vers le 5^e mois, ne serait pour les partisans de la théorie la plus admise qui fait provenir tout le vagin des canaux de Müller, qu'une saillie du vagin; et prendrait naissance, par une sorte d'invagination de ces canaux, dans le sinus uro-génital (2).

Budin (3), résumant l'opinion classique, soutient que l'hymen n'existe pas comme membrane propre, et qu'il ne serait que l'extrémité antérieure du vagin, faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres.

Or, M. *Pozzi* rencontrant en 1884 la membrane hymen sur un individu sans vagin, est conduit à donner à cette membrane une provenance ectodermique.

Par conséquent, l'hymen ne serait pas dû simplement à la saillie des canaux de Müller dans le vestibule, fait soutenu par les anciens auteurs.

1. *Pozzi* : loc. cit. gy. 1885.

2. *Gilis* : Précis d'embryologie. Paris, 1891.

3. *Budin* : Recherches sur l'hymen et sur l'orif. vaginal. Progrès méd. 1879, n^o 35.

Il résulte de tout ce qui précède que l'utérus et le vagin, doubles primitivement, naissent de deux cordons juxtaposés (les canaux de Müller). Ces deux conduits, d'abord pleins et séparés en haut par la largeur de la colonne vertébrale et des corps de Wolff, s'unissent en bas et se soudent l'un à l'autre.

La partie située au-dessus de l'insertion du ligament de Hunter deviendra la trompe la partie située au-dessous deviendra l'utérus et la portion utérine du vagin.

Chacun de ces cordons se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare les parties adossées disparaît de bas en haut, et le conduit utéro-vaginal, d'abord double, deviendra simple plus tard.

N'ayant en vue que les malformations utéro-vaginales les plus fréquemment observées en clinique, *à fortiori* nous sommes obligés, d'abord à restreindre la question générale des malformations de l'appareil génital de la femme, au vagin et à l'utérus seulement; et ensuite, à passer sous silence quelques autres vices de conformation plus rarement observés.

CHAPITRE II

Malformations utero-vaginales par arrêts de développement

Les notions d'embryogénie dans lesquelles nous avons dû entrer dans le chapitre précédent, vont nous faciliter maintenant l'explication des vices de conformation de l'utérus et du vagin par arrêts de développement.

Ces malformations portent tantôt sur l'utérus seul, tantôt sur le vagin, et tantôt sur les deux organes à la fois.

Tout d'abord, les conduits de Müller au lieu de se développer, peuvent rester stationnaires, ou mieux s'atrophier : et il en résultera alors une absence complète des organes génitaux internes. Si l'atrophie porte seulement sur la portion des deux tubes, destinés à former le corps utérin — le reste des deux conduits, continuant leur évolution — on aura un vagin bien développé et en même temps une absence complète de l'utérus — variété dite : *Uterus deficientis*.

Un seul des tubes s'atrophie ou se développe incomplètement, l'autre continuant son évolution, l'utérus ne se com-

pose alors que d'une moitié d'organe, tandis que l'autre moitié ne représente qu'un état rudimentaire ; mais en réalité, c'est alors une seule corne qui s'est développée ; — donc variété dite : *Uterus unicornis*.

Les conduits de Müller, peuvent — au lieu de s'adosser depuis le cloaque jusqu'à l'insertion du ligament rond — rester séparés dans toute la portion qui donne naissance à l'utérus. Chacun de ces conduits peut évoluer pour son propre compte, se creuser d'une cavité, etc. Il se forme donc deux utérus distincts, mais qui ne représentent chacun que la moitié de l'utérus normal. On aura par conséquent un utérus double, ou plutôt deux utérus formés chacun d'un corps, d'un col, etc. ; — variété dite : *Uterus duplex* ou *didelphis*.

La jonction des canaux de Müller peut se faire d'une manière plus parfaite, mais n'arrivant pas cependant au type normal, c'est-à-dire sans atteindre le niveau d'insertion des ligaments ronds. L'évolution isolée de chacun de ces conduits peut avoir lieu comme dans la variété précédente. Mais, en somme, l'utérus ainsi produit sera creusé sur son fond d'un sillon antérieur plus ou moins profond, sillon qui divisera seulement la partie supérieure de l'organe en deux portions ou cornes ; — *Uterus bicornis*.

Le rapprochement et le développement des deux conduits de Müller a lieu normalement, mais, la résorption de la cloison médiane n'a pas lieu ; elle persiste dans toute la hauteur de l'organe (corps et col) ; il y aura donc persistance de deux cavités complètement distinctes : *Uterus bilocularis*.

La jonction des canaux utéro-tubaires s'est faite à la hauteur normale, mais la cloison ne se résorbant pas entièrement, il reste un éperon ; ou bien, elle s'est résorbée, mais le fond de l'organe s'est déprimé, comme dans les premiers temps de la formation. L'utérus présente alors une forme ressemblant plus ou moins à un cœur de carte à jouer : *Utérus cordiforme*.

Quant aux petites anomalies de l'utérus, à savoir : l'*obliquité* et la *latéro-position* congénitale, la *duplicité de l'orifice externe du col* (*Utérus biforis*), et le *cloisonnement transversal incomplet du col*, ces malformations, vu leur rareté extrême, et d'autre part leur innocuité relativement aux précédentes ; nous les passerons sous silence.

Si nous passons maintenant aux malformations du vagin, nous voyons qu'on peut les diviser en plusieurs variétés :

D'abord, l'atrophie des canaux de Müller peut occasionner une absence plus ou moins complète du vagin, pouvant coïncider ou non avec l'absence de l'utérus. — *Absence du vagin*.

Cette première variété peut, au point de vue clinique, être confondue avec les variétés dites : *atrésie complète du vagin*, *développement rudimentaire du vagin* et *l'imperforation de l'hymen*.

Les canaux de Müller restant accolés dans toute leur étendue, la cloison intervaginale ne se résorbant pas, on aura par conséquent un *vagin double* ou *complètement cloisonné*, coïncidant avec des malformations analogues de l'utérus, que nous avons vues plus haut.

La résorption de la cloison, ayant lieu à partir du col, la portion située au-dessous persiste; on aura alors un vagin *incomplètement cloisonné*.

Une variété importante de cette malformation est ce qu'on pourrait appeler le *vagin borgne latéral* (*atresia vaginæ lateralis* (1). Elle est constituée par un développement rudimentaire d'un des conduits de Müller qui a formé un demi-vagin, lequel reste fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut, il reçoit un des cols de l'utérus double ou bicorné.

La lésion siège presque toujours à droite (20 fois sur 28, Puech). Cette variété est très utile à connaître en clinique, à cause des collections bizarres dites d'*hématocolpos* ou de *pyocolpos latéraux* auxquelles elle prédispose.

Enfin la cloison peut parfois se résorber incomplètement, et laisser des débris qui formeront des replis falciformes, sortes de brides fibreuses, tantôt transversales, tantôt obliques.

A côté de ces malformations vaginales produites par défaut de résorption de la cloison, il y a encore d'autres variétés, non moins importantes au point de vue clinique; nous voulons parler des anomalies du vagin par ouverture dans un lieu anormal.

On peut ranger dans cette classe les variétés suivantes :

a) Le vagin imperforé ou non, s'ouvrant dans le rectum ou communiquant avec lui.

1. Pozzi, Loc cit, pag. 1094.

b) Le rectum imperforé à l'endroit de l'anūs, s'ouvrant dans le vagin.

En effet, le sirus uro-génital étant ouvert par l'absence du cloisonnement du cloaque et communiquant largement avec le rectum, celui-ci n'aboutit pas à l'anūs et paraît s'ouvrir dans le vagin.

C'est cette variété qui est appelée : *l'atrésie ano-vulvaire* ou vestibulaire, et ano-vaginale. Il peut résulter aussi une fistule ano-vaginale congénitale seulement.

c) L'ouverture de l'uretère dans le vagin ou à la vulve, constitue une malformation très rare, mais très sérieuse, à cause de l'incontinence d'urine congénitale qu'elle entraîne.

d) Le *vagin* peut s'ouvrir aussi dans l'urètre ou dans la vessie.

e) La vessie, le rectum et le vagin peuvent communiquer en s'abouchant dans un véritable cloaque.

f) Enfin, un autre vice de conformation, très exceptionnel, consiste dans l'ouverture du vagin à la paroi abdominale antérieure.

CHAPITRE III

Influence des malformations utéro-vaginales sur la menstruation

L'établissement de la puberté chez la femme est caractérisé par l'apparition de la menstruation.

C'est une exhalation sanguine qui se fait à la surface de la muqueuse tubo-utérine, à la suite d'une excitation d'ordre reflexe et physiologique de cette muqueuse, par l'évolution spontanée d'une vésicule ovarienne.

On conçoit donc que dans les cas de malformations du canal génital, plusieurs cas pourraient se présenter :

Le sang des règles ne trouvant pas d'issue au dehors, l'écoulement pourra être alors gêné, et donner naissance aux phénomènes graves de rétention que nous allons étudier plus loin ; ou bien, si l'exhalation sanguine n'a pas lieu, comme cela s'observe dans les cas d'atrophie ou d'absence complète de l'utérus, l'écoulement pourra faire défaut ; ou enfin, et c'est ce qui arrive dans les cas d'ouverture dans un lieu anormal, l'écoulement menstruel peut suivre une voie autre que la voie naturelle.

Voilà donc autant de circonstances qui peuvent occasionner des troubles graves, et cela même dès la période de la puberté. En effet, les vices de conformation de l'appareil génital, passés inaperçus pour ainsi dire jusque là, peuvent constituer à cette époque même un danger imminent.

Pour mieux saisir les effets que les malformations de l'utérus et du vagin peuvent avoir sur la menstruation, nous tâcherons, pour la commodité de l'étude, de grouper les malformations utéro-vaginales, en trois catégories, à savoir :

a) Malformations par persistance plus ou moins complète de la cloison **médiane**.

b) Malformations **par ouverture** dans un lieu anormal.

c) Malformations **par absences complètes**, par sténoses congénitales et par développement rudimentaire.

Il nous reste donc maintenant à étudier successivement les troubles de la menstruation en rapport avec ces trois groupes de malformations.

Dans les cas d'*utérus double*, on peut considérer et d'après la majorité des auteurs, les deux lobes utérins complètement indépendants l'un de l'autre au point de vue de la fonction menstruelle.

Cependant, l'écoulement simultané des règles par les deux cols, a été plusieurs fois observé, par *Thomas*, *Sigmund* et d'autres cités par le professeur Le Fort dans sa remarquable thèse d'agrégation. D'après ce dernier auteur, l'écoulement simultané par les deux ouvertures ne serait pas une preuve sans réplique, car on peut objecter :

a) Que la cloison inter-utérine n'est pas complète comme on le croit ;

b) Que chaque ovaire a été simultanément le siège d'une ponte spontanée; ce qui est possible. — car la possibilité de l'existence d'une grossesse gémellaire simultanément dans les utérus doubles et sans aucune communication — montre qu'il peut, dans une même période menstruelle, se détacher un ovule de chacun des ovaires.

Andrieux (1) a eu l'occasion de voir dans un cas d'utérus double, l'écoulement de sang se faire par un des deux cols utérins seulement.

On a cité aussi des cas de menstruation à des époques différentes pour les deux utérus; l'une était souvent en retard sur l'autre.

Enfin dans un cas d'utérus bicorne, *Henderson* (2) a pu voir la grossesse d'une corne laisser persister la menstruation de l'autre côté pendant toute la gestation.

Ce cas est à rapprocher de celui publié par *M. Turnier* (3), où il s'agit d'une femme qui possédait un utérus double et chez laquelle la grossesse a normalement évolué dans un des compartiments de l'utérus, tandis que l'autre partie qui n'avait pas été développée par la grossesse, continuait à subir son évolution menstruelle.

L'auteur conclut que dans les cas d'utérus double il y a

1. Annales d'obstétrique. Oct. 1843, p. 415.

2. Glasgow. Méd. journ. Avril 1883, t. IX, p. 268.

3. Journal des sages-femmes. Paris 1894, t. XXII, p. 43.

souvent persistance de règles chez la femme enceinte, et recommande d'autre part de rechercher, lorsque les règles existent pendant la grossesse, s'il n'y a pas un utérus double. Cependant d'autres auteurs ne sont pas du même avis.

Dans la variété très importante au point de vue clinique, dite *vagin borgne latéral* (*atresia vaginæ lateralis*) et due à l'existence le plus souvent méconnue, d'une oblitération d'un des côtés du conduit utéro-vaginal, la rétention des règles au moment de la puberté peut donner naissance à la formation d'une poche distendue par l'agglomération du sang menstruel.

Ainsi prennent naissance les collections assez bizarres au point de vue du diagnostic, appelées *hématocolpos* ou *pyocolpos latéraux*; cette dernière en cas de collection de pus à la suite d'une infection communiquée à la poche par un point faible de la cloison.

En effet, dans une observation très remarquable de *Décès* citée par *Lefort*, on voit que cette anomalie n'ait été reconnue qu'à l'autopsie.

Il s'agissait d'une jeune fille, entrée à l'hôpital Lariboisière, âgée de 16 ans, et réglée depuis un an environ. Toutefois, la menstruation *s'est difficilement établie*, et, à chaque époque menstruelle, la malade *ressent des douleurs très vives* dans les lombes ainsi qu'au niveau de la symphyse pubienne, en même temps qu'une sensation de chaleur très incommode vers l'utérus; les règles sont très peu abondantes et ne durent en général qu'un jour et demi à deux jours.

Il y a huit mois, la malade s'est aperçue qu'une tumeur légèrement mobile se développait dans la région iliaque gauche. Cette tumeur est du volume du poing, à peine douloureuse à la pression ; on peut constater par le toucher rectal qu'elle se prolonge entre le rectum et le vagin. Bientôt la fluctuation fut aperçue à travers les parois abdominales. On ponctionna par le vagin, et il ne s'écoula qu'une petite quantité de liquide brun chocolat, épais, ayant toute l'apparence de sang décomposé.

Des symptômes de péritonite suraiguë se manifestèrent le soir même de la ponction et emportèrent la malade en trois jours.

A l'autopsie, on constate peu de traces de péritonite.

La cavité péritonéale renferme cependant environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui qui, pendant la vie, s'écoulait par l'ouverture de la ponction, mais moins épais.

Ce liquide provient d'une poche située dans le flanc gauche, munie de parois molles, peu épaisses, et de cloisons plus ou moins complètes.

Quant aux organes génitaux, on constate, en somme, qu'on a affaire à une malformation consistant dans un cloisonnement complet de l'utérus et du vagin ; il y avait, par conséquent, deux utérus et deux vagins parfaitement indépendants. Du reste, en aucun point, l'utérus et le vagin droits ne communiquent avec l'utérus et le vagin gauche. Tandis que les règles s'écoulèrent normalement par l'utérus et le vagin droits, il s'accumulait dans l'utérus et le vagin gauches un sang qui s'altérait et formait le liquide dont nous avons parlé. Après la mort, le vagin gauche ne contenait presque plus de liquide.

Dans cette observation très importante à plusieurs points

de vue, on remarque entre autres que l'établissement de la fonction menstruelle — comme cela s'observe d'ailleurs constamment dans presque toutes les observations de malformations — se fait assez tardivement ; et que, une fois établie, elle est plus ou moins irrégulière et accompagnée quelquefois de douleurs irradiées dans différentes régions.

L'utérus unicorne n'altère en rien la fonction menstruelle.

Tout ce qui a trait à l'*utérus bicorne* relativement à la menstruation et aux autres fonctions même, comme nous le verrons plus tard, s'applique également à l'utérus biloculaire.

Quant à la variété d'*utérus didelphe*, son histoire clinique paraît du reste toujours se confondre — autant qu'on en peut juger par le peu d'observations existantes — avec la variété d'utérus bicorne. En effet, il est très difficile en clinique de décider s'il s'agit d'un utérus bicorne complet ou d'un utérus didelphe.

Dans tout ce premier groupe de malformations, le canal génital peut se trouver fermé par des atrésies siégeant dans divers points de son trajet depuis l'hymen jusqu'à la portion rétrécie d'une corne rudimentaire.

Cette occlusion peut, comme nous venons de voir, obstruer complètement une des moitiés provenant du dédoublement, ou bien créer un espace clos, une sorte de diverticule provenant de la mauvaise conformation des parties.

Quoiqu'il en soit, si l'exhalation du sang menstruel a lieu, et si ce sang ne trouve pas d'issue au dehors, il s'ac-

cumule et constitue les diverses tumeurs connues sous le nom d'*hématocolpos* et d'*hématométrie* même.

Dans le premier cas, la tumeur peut comprimer le rectum et la vessie; refouler l'utérus en haut ou faire saillie du côté de la vulve.

Quant au deuxième, et pour que l'hématométrie proprement dite se produise, il faut que la cavité de l'utérus soit la seule place où le sang puisse s'accumuler, c'est ce qui arrive en cas d'absence complète du vagin par exemple, ou en cas d'atrésie de l'orifice du col — quoique cela ait été observé exceptionnellement par *Gebke* (1) dans un cas d'imperforation de l'hymen; — nous en parlerons par conséquent plus loin, à propos des faits relatifs aux malformations du 3^e groupe.

Cependant, il existe beaucoup d'observations d'hématométrie uni-latérale dans les cas de dédoublement du canal génital.

Ainsi, dans un cas observé par *Schroder*, et publié par *Freundenberg* (2), il y avait aménorrhée du côté perméable de l'utérus didelphe; la malade âgée de 16 ans, n'avait vu que trois fois ses règles apparaître, l'année d'auparavant, et cependant la moitié imperforée de la matrice, était le siège d'une abondante accumulation de sang.

Tout récemment encore *Lauwers* (3), cite un cas très in-

1. Soc. gynecol. de Dresde, 6 avril 1891 (Centr. f. Gynec. 1892. pg. 106).

2. Zeitschr. für Geb. u. Gynec. Bd 5 p. 334.

3. Bullet. de l'Acad. royale de méd. de Belgique, 1896, pg. 570.

Intéressant de malformation avec hématométrie, dont nous donnons le résumé :

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans *qui n'a jamais eu ses règles*; mais, depuis l'âge de 14 à 15 ans, elle a éprouvé, tous les mois, des douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui augmentent de plus en plus en intensité jusqu'à prendre le caractère de coliques violentes et intolérables qui décident la malade à se soumettre à l'opération.

A l'examen, on constate que le vagin se termine en cul-de-sac à 2 centimètres de profondeur. A l'exploration du ventre, on découvre une tumeur sphéroïde, tendue, fluctuante, qui occupe la fosse iliaque gauche.

A l'opération, qui d'ailleurs fut assez laborieuse, on constate un utérus unicorne à droite, et à gauche, *la corne, quoique rudimentaire, est cependant le siège d'hématométrie.*

Si l'imperforation siège des deux côtés, l'hématométrie peut être double, comme cela était observé par *Santerson*, *Nélaton*, et par d'autres; mais, d'ordinaire, l'oblitération n'est qu'uni-latérale.

Considérons maintenant les anomalies qui peuvent se produire dans la menstruation, à la suite des malformations du deuxième groupe.

D'abord, l'ouverture du vagin dans le rectum peut rester ignorée jusqu'au moment de la puberté, et parfois même jusqu'au moment du mariage, sans aucune incommodité à la malade.

Louis (1), cité par le professeur Lefort, a rendu célèbre le fait suivant :

Une jeune fille avait les organes génitaux cachés par une imperforation qui ne permettait aucune introduction. Cette femme fut réglée par l'anus. Son amant, devenu très pressant....., la supplia de s'unir à elle par la seule voie qui fût praticable.

Bientôt elle devint mère, et l'accouchement d'un enfant à terme et bien conformé, eut lieu par l'anus.

Louis rapporte ce cas à la fin de sa thèse, ayant pour titre : *De partium externarum generationi in serventium in mulieribus, etc.*

« Le parlement rendit un arrêt par lequel il défendait de soutenir cette thèse, et plus tard, heureusement, le pape donnant l'absolution à Louis ; sa thèse fut imprimée en 1754. »

On a cité depuis plusieurs cas semblables.

Rossi publie en 1827 dans les Archives gén. de médéc., un cas très intéressant dont il avait été témoin :

Il s'agissait d'une jeune femme qui demande à être examinée pour des douleurs de ventre très intenses, considérées comme des coliques. Cette femme *ne présentant pas de traces des organes génitaux extérieurs*, ne songeait pas à une grossesse, quoiqu'elle fût mariée.

Rossi crut à une rétention de règles et se décida à pratiquer

1. *De partium*. . . . 1754.

une incision de trois travers de doigts de longueur dans la direction naturelle de la vulve et du vagin; le toucher lui fit sentir la poche des eaux qui bientôt se rompit et *l'accouchement eut lieu* naturellement par le nouveau passage.

Deux ans après, la femme est accouchée de nouveau.

La conception, dans ce cas, a eu lieu par le moyen d'un orifice très étroit, existant au pourtour de l'anus.

Dans les cas d'ouverture du rectum imperforé dans le vagin, on trouve en même temps, et le plus souvent, outre cette malformation, une absence plus ou moins complète de l'utérus et, par conséquent, défaut de menstruation proprement dite.

Ricord, et d'autres auteurs après lui, ont pu observer plusieurs exemples de cette nature.

Dans le cas de Ricord, *il n'y avait jamais eu de règles*, et les garde-robes avaient lieu, *volontairement*, par la vulve, le coït a pu s'accomplir, sans que le mari de la femme qui vécut avec elle depuis 3 ans, se soit jamais aperçu de son vice de conformation.....

Laugenbeck observa chez une jeune fille de 19 ans, qui *n'avait jamais été réglée*, l'absence de la cloison vésico-vaginale.

En examinant, dit-il, les organes de la génération, on trouvait l'orifice de l'urètre, situé un pouce plus bas qu'à l'état normal; l'hymen était semi-lunaire et l'ouverture qu'il présentait pouvait à peine laisser passer une petite sonde.

La cloison vésico-vaginale *manquait complètement*, de sorte

que l'urètre et le vagin formaient un canal unique; la vessie s'ouvrait directement dans le vagin. Je ne pus trouver trace d'utérus, et, après perforation de l'hymen, il ne s'écoula aucun liquide menstruel (1).

La communication du rectum avec la vessie et le vagin, a été vue par plusieurs auteurs.

Velpeau a trouvé cette disposition chez une femme qui prétendait que cette fistule était due aux premiers approches de son mari; mais il y avait en réalité une absence complète de la cloison vésico-vaginale et pas du tout une simple fistule.

L'ouverture du vagin au-dessus du pubis, sa communication avec d'autres organes ont été vues quelquefois. Mais c'est une malformation qu'on rencontre très rarement, et de plus, on voit alors coexister simultanément d'autres vices de conformation, comme par exemple l'entrophie de la vessie, l'utérus double complètement cloisonné, etc.

Quant aux troubles de la menstruation, à la suite d'absences complètes de sténoses congénitales et de développement rudimentaire, c'est le groupe, peut-être le plus intéressant à connaître au point de vue gynécologique.

On serait d'abord tenté à croire que dans les cas d'absence d'utérus, l'exhalation sanguine, qui constitue le *molimen hémorragique* des anciens auteurs, fera tout à fait défaut; cependant il y a beaucoup d'exemples dans la science qui démontrent d'une façon très nette que malgré l'absence

1. In Lefort. — Loc. cit.

complète de cet organe — absence constatée soit à la suite de diverses opérations abdominales, soit à l'autopsie — le *molimen cataménial* existait et survenait périodiquement; mais sans être suivi, comme cela s'observe normalement, d'un écoulement au dehors.

En effet, l'exhalation sanguine qui constitue la menstruation n'est pas un phénomène essentiel ou primitif; mais il est secondaire et sympathique, et déterminé par l'évolution périodique et spontanée d'une vésicule de Graaf. Il est donc évident qu'il suffit de l'existence de l'ovaire pour que l'excitation périodique puisse avoir lieu. Et, en effet, dans la plupart de ces faits rencontrés dans les auteurs, on a pu constater la présence d'ovaires.

On trouve dans une observation citée, dans sa thèse, par le professeur Lefort, un cas s'agissant d'une jeune fille âgée de vingt-trois ans, *qui n'avait pas été réglée, mais un saignement de nez abondant la prenait régulièrement chaque mois*; et lorsque, par hasard, cette hémorragie nasale n'arrivait pas, elle se trouvait prise d'une violente céphalalgie qui ne se dissipait que sous l'influence d'une saignée pratiquée à la saphène. Cette jeune fille, quoique toujours en assez mauvaise santé, arriva cependant à l'âge de 27 ans, quand elle fut prise d'une fièvre grave qui l'enleva au neuvième jour de sa maladie.

A l'autopsie, on a constaté *qu'il n'existe aucun vestige ni du corps ni du col de l'utérus ni du vagin; les deux ovaires étaient à leur place habituelle.*

L'occlusion du vagin terminé en cul-de-sac, à une pro-

fondeur variable, est le résultat fatal de l'absence de l'utérus.

Delagènière (1) cite l'observation d'une femme chez laquelle il y avait absence totale de l'utérus et du vagin, mais la présence des ovaires était révélée par des *phénomènes congestifs du côté du poumon*.

On lui fit la laparatomie et on trouva les ovaires dans les fosses iliaques ; puis on en pratiqua l'extraction.

Douze jours plus tard, il établit chez la malade un vagin artificiel au-devant du rectum, et depuis l'opération, la malade se porte admirablement bien et n'a plus eu de phénomènes congestifs vers le poumon.

On voit donc, d'après ces deux observations, et nous pourrions en citer encore plusieurs analogues, que dans les cas d'absence d'utérus et du vagin, les ovaires ne faisant pas défaut bien entendu, on peut avoir des poussées congestives dans divers organes plus ou moins éloignés, des véritables déviations compensatoires des règles pour ainsi dire qui remplacent l'écoulement périodique des menstrues par la voie vaginale.

Quelquefois, au contraire, on observe dans les mêmes conditions, de véritables hémorragies supplémentaires se produire.

Quant à l'oblitération congénitale et essentielle de l'utérus — laissant de côté bien entendu les oblitérations en quelque sorte physiologiques de l'orifice interne du col, fré-

1. *Annales de Gynécologie et d'abstétrique* 1891, XXXV, n° 308.

quente surtout chez les femmes d'un certain âge, et dont M. Guyon a beaucoup insisté dans sa thèse inaugurale ; — ce vice de conformation attire l'attention en clinique par les accidents de rétention qui occasionnent le plus souvent et qui constituent l'hématométrie proprement dite.

Ces accidents ne se montrent qu'au moment de l'établissement de la puberté.

L'évolution spontanée de l'ovule, l'excitation particulière et physiologique de l'utérus, tout cela existe ; mais l'écoulement sanguin fait absolument défaut.

L'exhalation sanguine se faisant à l'intérieur de l'organe, l'utérus se développe, augmente de volume, et des accidents vont apparaître ; les uns permanents, tenant à l'existence d'une tumeur formée par l'utérus dilaté, les autres périodiques, lorsque chaque mois une nouvelle quantité de sang vient s'ajouter à celle déjà existante.

L'inconvénient qui crée l'atrésie ou l'étroitesse congénitale du vagin, c'est la dysménorrhée, ou la difficulté de la menstruation, comme cela s'observe d'ailleurs dans tous les cas où le vagin est en partie obstrué accidentellement par une cause quelconque.

De même, il y aura difficulté pour l'accomplissement des autres fonctions génitales, comme nous verrons plus tard.

L'oblitération du vagin peut être complète, c'est-à-dire fermer hermétiquement le passage au liquide menstruel, ou incomplète, c'est-à-dire présenter un ou plusieurs orifices de différents diamètres.

Quant au siège, la membrane oblitérante peut siéger à

l'entrée de la vulve, et c'est alors une imperforation de l'hymen le plus souvent, ou à la partie vulvaire, ou enfin dans la portion utérine du vagin.

Le plus souvent, l'accident causé par l'oblitération complète du vagin, à l'entrée de la vulve, sera la rétention complète des règles, et consécutivement aussi une rétention plus ou moins complète d'urine au moment de la puberté, comme cela a été observé par plusieurs auteurs. Ce dernier accident peut très vraisemblablement s'expliquer par la compression qu'exerce le sang menstruel sur le canal de l'urètre, ou par l'irritation à la suite de la rétention des menstrues en arrière de l'hymen.

L'oblitération du vagin peut siéger à la vulve, sans être due à l'imperforation de l'hymen, et être produite, soit par l'accolement des parois de l'orifice vaginal, soit par la fusion des petites lèvres.

Enfin, il peut exister une espèce de bride transversale à une profondeur plus ou moins grande dans le vagin, qui puisse oblitérer plus ou moins complètement ce conduit.

Ces brides transversales peuvent affecter la forme de croissant ou de diaphragmes incomplets; et ce sont ces cas qu'on a probablement décrits parfois, comme des hymens supplémentaires.

Ces rétrécissements peuvent occasionner la rétention du sang dans l'utérus, quand un obstacle produit momentanément l'obstruction de sa lumière; puis cet accident est le plus souvent suivi d'une débâcle, et une fois passé, une nouvelle accumulation peut produire la répétition du même

phénomène. On conçoit donc que des accidents sérieux peuvent parfois survenir.

Dans ces derniers cas, il existe souvent et simultanément d'autres vices de conformation.

Quant à l'absence du vagin, elle peut être complète ou incomplète, essentielle ou coïncider avec une absence de l'utérus.

L'histoire clinique de cette malformation peut être plus ou moins confondue avec celle des atrésies complètes de cet organe.

L'absence complète du vagin occasionne parfois seulement des douleurs menstruelles périodiques, comme cela a eu lieu dans un cas de M. Polaillon (1) :

Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans qui entra à la Pitié le 10 mars. A l'âge de 15 ans, elle commença à souffrir dans le ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps.

Après 3 mois de calme, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins; puis cessation après 3 jours, jusqu'à 18 ans mêmes douleurs se produisant à intervalles variables. Mais, à partir de cet âge, elles se régularisent venant au commencement de chaque mois durant plusieurs jours. Parfois, une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le 2^e ou 3^e jour de la période douloureuse; dans ce cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

1. Bullet. mém. de la soc. de chirurg. 25 mars 1887. — Gazette médic. de Paris 1887 n° 15, p. 169.

Organes génitaux externes bien développés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime avec l'extrémité du doigt la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent entre l'ombilic et le pubis, une tumeur mobile, lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte pression.

Par le toucher rectal, on trouve à une profondeur de 8 à 9 centimètres l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure qui paraît être le col d'un utérus. Une sonde étant introduite dans le vagin, on constate qu'elle n'est séparée du rectum que par une mince couche de tissu.

Il n'y a, entre rectum et vessie, aucun vestige du conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin dans lequel le col de l'utérus viendrait s'aboucher et dans lequel les règles s'accu-muleraient.

L'opération est faite en plusieurs séances et la malade quitte l'hôpital le 17 novembre 1886. Elle avait un vagin lui permettant la copulation. Après l'opération, elle n'avait pas été réglée mais les *douleurs excessives qui accompagnaient chaque menstruation avant l'opération, avaient dès lors été remplacées par un léger malaise fort supportable.*

Parfois, au contraire, ce vice de conformation, peut être une cause de production de *l'hématométrie* et de *l'hématosolpinæ*.

Dans un cas d'absence complète du vagin, communiqué

par M. Schwartz (1), il n'existait d'autres troubles fonctionnels, qu'une céphalalgie périodique très vive avec poussées congestives vers la face.

Il s'agissait d'une fille de 25 ans affectée d'une absence complète du vagin et de l'hymen.

L'examen combiné par le rectum et le catéthérisme urétral permit d'affirmer que vagin et utérus n'existaient pas. Par le palper bimanuel sans l'anesthésie chloroformique, on a constaté la présence d'un ovaire et d'une trompe à droite.

Comme troubles fonctionnels, la malade accuse tous les mois, pendant 4 et 5 jours, *une céphalalgie violente avec poussées congestives vers la face* sans qu'il y ait d'ailleurs jamais eu d'écoulement sanguin supplémentaire quelconque.

En outre, ce cas est très intéressant à un autre point de vue, car la malade porte deux hernies inguinales : l'une à droite plus volumineuse, l'autre à gauche, indolente, et réductibles en partie.

Après l'opération de cure radicale, on a pu constater que la partie irréductible de ces hernies était constituée par les deux canaux de Müller, arrêtés dans leur développement et aberrés vers les régions inguinales. On lui a fait, en outre, un vagin artificiel.

Dans tous les cas d'hématométrie proprement dite, l'utérus se transforme en une poche distendue, où corps et col sont confondus, et si l'atrésie siège au niveau de l'orifice interne, alors le corps seul se distend, tandis que le col con-

1. Congrès fr. de chirurgie dans Sem. méd. 1892, p. 461.

serve ses dimensions normales. Dans tous ces cas et dans beaucoup de cas d'hématocolpos, il y a aussi dilatation des trompes, et l'hématosalpinx prend naissance, non par regorgement du sang de l'utérus, comme plusieurs auteurs l'ont soutenu, — car une observation de M. Gosselin (1) et plusieurs autres, publiées depuis — montrent que l'hématosalpinx peut exister seul sans l'hématométrie.

Ces dilatations tubaires peuvent acquérir un volume énorme, et si une petite quantité de sang arrive à filtrer à travers l'orifice abdominal fermé, alors des petites poussées de pelvipéritonite se manifestent.

Si au contraire, le sang est épanché en grande abondance dans l'abdomen, il constitue une hématocele pelvienne qui peut s'accompagner elle-même de péritonite généralisée.

Le contenu de ces poches, formé par la rétention des règles est un sang de consistance épaisse et sirupeuse, comme le goudron et de couleur chocolat.

On a vu la poche suppurer après la ponction et se transformer en pyocolpos ou en pyométrie.

Dans toutes ces observations, on constate aussi des phénomènes de douleurs au moment des règles qui font penser que la malade a de simples coliques d'abord, mais, peu à peu, et par suite de la répétition du phénomène, ces douleurs deviennent plus intenses, plus constantes, et la décident finalement à se soigner.

1. Gazette des hôpitaux, 1867, n° 57, p. 225.

Dans plusieurs cas, l'accumulation du sang était modérée, et c'est la douleur seule qui constitue le phénomène principal.

Dans d'autres cas, et comme nous en avons rapporté quelques exemples, une hémorragie supplémentaire, une véritable déviation compensatrice des règles, empêche la formation de l'hématométrie.

Enfin, dans nombre d'observations, l'oblitération du canal génital a pour résultat une aménorrhée plus ou moins complète, de telle sorte que certaines malades souffrent chaque mois, à l'époque d'une ovulation, sans avoir aucune perte.

Le diagnostic dans les cas de rétention, n'est pas toujours facile à faire, cependant l'imperforation le plus souvent accessible à l'examen, l'absence de menstruation, les douleurs périodiques, l'apparition d'une tumeur occupant la place des cavités génitales, sont à peu près des signes pathognomoniques.

Mais, combien de doutes quand il s'agit d'une hématométrie par oblitération de l'orifice interne, avec col intact ! Il s'agit, dans ce cas, de faire le diagnostic avec un fibrome, une grossesse, ou un cancer du corps, d'après leurs signes propres, et d'après l'anamnèse.

Combien de difficultés encore quand il s'agit de diagnostiquer un hématocolpos ou une hématométrie unilatérale, dans le cas de dédoublement total ou partiel du canal génital.

Quant au pronostic, toutes les collections sanguines, résultant des gynatrésies, et abandonnées à elles-mêmes *sont d'un pronostic très grave.*

L'évacuation spontanée n'entraîne pas la guérison, mais un soulagement temporaire, suivi de la récurrence des mêmes phénomènes souvent aggravés par la suppuration.

La mort peut même survenir par septicémie, après ouverture spontanée, ou par péritonite par ouverture dans le péritoine.

Toutes ces collections sont donc justiciables de l'intervention chirurgicale.

Nous ne pouvons pas achever ce chapitre sans avoir encore mentionné l'intéressante observation publiée par M. *Edmond Blanc* (1) ; trop intéressante même, puisque c'est un exemple rare d'une malformation utérine *complexe* (suivant l'expression de Puech) c'est-à-dire, où s'observent à la fois, *un défaut de division* et de *perforation* compliqués en même temps *d'hématométrie unilatérale*.

Nous nous bornerons à en donner seulement le résumé :

Une jeune fille de 18 ans est adressée à M. le professeur Laroyenne, pour des troubles dysménorrhéiques avec tumeur pelvienne.

Pas d'antécédents pathologiques ni héréditaires sérieux ; jamais elle n'avait souffert du ventre avant l'établissement des règles.

Ces dernières s'étaient installées *depuis quelques mois seulement*, et au moment où M. Laroyenne la vit, la malade n'avait eu que trois époques menstruelles, et les symptômes morbides

1. Loire méd., 15 janvier 1895, p. 4-9.

avaient justement coïncidé avec l'apparition de la première époque.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'apparition de l'écoulement sanguin, et durant toute la période menstruelle, elle commença à s'apercevoir d'une gêne, d'un embarras abdominal.

A cette sensation de plénitude, de pesanteur pelvienne, se joignit un ténésme anal des plus pénibles, en même temps que les douleurs devenaient de plus en plus vives, et revêtaient le caractère de douleurs expulsives s'irradiant dans les aines et les cuisses. La malade fut obligée de garder le lit, et l'écoulement sanguin fut très faible, se faisant goutte par goutte pendant trois jours.

La cessation des règles n'amena point un retour complet à l'état normal; il persista une gêne pelvienne, avec douleur sourde, continue, malaise général, et troubles des fonctions vésicale et rectale.

La deuxième époque fut le signal de tous les symptômes qui atteignirent une acuité extrême, à ce point qu'elles arrachaient des cris à la malade; c'était une souffrance continue avec paroxismes intenses, angoissants (syncopes, nausées, vomissements); bref, le tableau était celui de la pelvi-péritonite aiguë ou de l'hématocèle péri-utérine.

L'écoulement menstruel ne fut pas plus abondant que la première fois.

Comme la fonction primitivement et uniquement troublée avait été la menstruation, et comme à côté des phénomènes impliquant la rétention, coexistait un écoulement menstruel peu abondant il est vrai, mais bien caractérisé; le médecin consulté par la malade, crut d'abord avoir affaire à une véritable dysménorrhée.

Mais la répétition et la tenacité des accidents, en dépit de l'écoulement sanguin, leur aggravation à la deuxième époque, la persistance des troubles dans la période intercalaire, le conduisirent à s'enquérir des causes qui entretenaient un tel état morbide.

Le toucher vaginal combiné avec la palpation hypogastrique, lui révéla la présence d'une tumeur pelvienne intimement accolée au côté gauche de l'utérus, et refoulant en bas le cul-de-sac correspondant; il crut à l'existence d'une hématocele péri-utérine, et adressa la malade à M. Laroyenne pour solliciter son avis touchant l'opportunité d'une intervention.

A l'examen on constate :

A gauche, tumeur ovoïde du volume d'un poing d'adulte, tendue, élastique, refoulant en bas le cul-de-sac gauche et postérieur, bien circonscrite, et limitée entre le doigt vaginal et la main appliquée à l'hypogastre. Elle n'est pas mobilisable ni latéralement, ni du haut en bas; elle déborde en haut le détroit supérieur; à gauche, elle forme une masse semée d'irrégularités et de bosselures, occupant toute l'étendue de la fosse iliaque. On ne peut pas séparer l'utérus de cette masse. Toute la tumeur est douloureuse à la pression.

L'exploration du segment inférieur révèle les particularités suivantes : pas de col utérus; nulle part, on ne rencontre la moindre saillie; on finit enfin à trouver accolée à la paroi vaginale droite, une petite dépression linéaire, en fer à cheval ouverte du côté de la tumeur.

L'hystéromètre prudemment introduit dans cet orifice et poussé directement en haut et un peu à droite, s'enfonce à sept centimètres.

Les mouvements qu'on lui imprime, se communiquent à la

masse; celle-ci fait réellement corps avec l'utérus, et en représente la moitié distendue par le sang menstruel.

Tel était, en effet, le diagnostic affirmé par M. Laroyenne, et séance tenante, la malade est endormie. On attaque la tumeur par la voie vaginale à l'aide d'un trocart-sonde, et il s'en écoule un flot de sang noirâtre assez abondant, et semblable à celui qu'on retire des hématoécèles.

Le résultat opératoire a été des plus remarquables au point de vue des troubles fonctionnels; disparition rapide et complète de la douleur et de la gêne abdominale; pas de fièvre, pas de réaction péritonéale, et rentrée chez elle, la malade écrit bientôt que ses règles sont plus abondantes et nullement douloureuses; son état général est excellent.

CHAPITRE IV

Malformations Utéro-Vaginales dans leur rapport avec la copulation et la fécondation

Pour mettre un peu d'ordre dans les idées, et afin que nous puissions mieux saisir l'influence que peuvent exercer les divers vices de conformation que nous venons d'étudier sur la copulation et la conception, nous ferons usage, dans le présent chapitre, du même groupement que nous avons établi précédemment, pour voir successivement et autant que possible, ce qui se passe dans tous ces différents cas.

D'abord, dans la variété de cloisonnement plus ou moins complet du vagin, les rapports sexuels sont possibles dans presque la majorité des cas, et — étant donné que cette variété est la plus communément observée, — on est par cela même tenté de croire que ce vice de conformation n'a aucune influence fâcheuse sur l'accomplissement de l'acte sexuel.

Cependant, il y a beaucoup d'exceptions à cette manière de voir.

Ainsi *Bœhmer* (1) rapporte qu'à l'ouverture du cadavre d'une femme morte au bout de trente-six ans de mariage, il trouva une matrice partagée en deux cavités, avec un vagin double, terminé inférieurement par une seule ouverture, du milieu de laquelle partait cette cloison.

Malgré les tentatives réitérées du mari de cette femme, l'acte du mariage n'avait jamais pu être consommé, à cause des douleurs qui en résultaient pour l'un et pour l'autre; et l'extrême pauvreté de ces époux ne leur avait pas permis de rechercher les causes de leur impuissance.

Cependant, dans cette observation, il s'agit peut-être plutôt d'une atrésie de l'orifice vulvaire que d'une étroitesse vaginale. On comprend que, dans ce cas, la fécondation n'ait pas été possible.

Le professeur *Richet* a eu l'occasion de traiter une prostituée, portant un double vagin, et qui par une singulière aberration du sens moral, croyait faire à sa manière acte de fidélité matérielle envers son amant, en lui réservant le privilège exclusif d'un des deux conduits vaginaux, et en consacrant l'autre à un usage plus général.

L'erreur consistant à croire à l'existence dans ces cas d'un seul vagin, est parfois d'autant plus facile à commettre, que l'un des vagins est très ample, tandis que l'autre est étroit.

Cette disproportion des deux canaux vaginaux a été remarquée par plusieurs auteurs; cependant, dans un certain nombre d'observations, on voit que les deux compartiments

1. Cité par Picot. Thèse de Paris, 1891.

vaginaux sont de dimensions sensiblement égales ; la cloison dans ces cas étant tout à fait médiane.

Dans la première de nos observations relatées à la fin de ce travail, on remarque bien cette dernière disposition.

On a cité des cas rares, en effet, de cloisonnement complet du vagin, où l'un des deux conduits était encore pourvu de son hymen, tandis que l'autre avait servi jusqu'alors aux rapports sexuels.

Ce vice de conformation peut rester tout à fait méconnu jusqu'à un moment donné, quand — soit que la femme soit obligée d'être soumise à l'examen d'un médecin pour une raison quelconque, soit à l'occasion d'un accouchement, — on lui fait apprendre sa malformation. C'est ce qui s'est passé avec la femme à laquelle nous avons fait allusion plus haut.

Enfin, il y a des cas où malgré que le toucher vaginal soit pratiqué, il est impossible encore d'affirmer cette malformation.

Auguste Ollivier (1) dans une note communiquée à la Société de biologie, relate un cas semblable :

Il s'agit d'une femme, âgée de 42 ans, morte à l'hôpital Lariboisière, et qui a présenté à l'autopsie une anomalie remarquable des organes génitaux internes.

Mariée à 25 ans, cette femme a eu cinq enfants, dont deux sont morts en bas âge. Les quatre premiers accouchements furent normaux, mais au cinquième on dut appliquer les forceps.

1. Gazette médic. de Paris, 1872, avril n° 14, page 163.

Elle est entrée à l'hôpital étant enceinte d'environ huit mois. L'accouchement s'est bien passé quoique la femme ait eu quelques attaques d'éclampsie.

La femme est morte 3 mois après d'une affection intercurrente.

Quoique le toucher vaginal eût été pratiqué plusieurs fois, on n'eut aucune notion sur l'existence de dispositions anormales du vagin et de l'utérus.

A l'autopsie, on constate, entre autres, que le vagin est divisé en deux parties par une cloison médiane complète, et il n'existe aucune espèce de communication entre le vagin droit et le vagin gauche.

Dans les cas d'ouverture du vagin dans un lieu anormal, la copulation peut encore avoir lieu, quoique très difficilement. Ce sont des cas rares, en effet, et nous n'avons pu trouver des faits récents de malformations semblables que quelques cas concernant des toutes jeunes filles.

Cependant, dans l'observation de Rossi que nous avons rapportée dans le chapitre précédent, il y avait une anomalie caractérisée par l'ouverture anormale du vagin au pourtour de l'anus, et la copulation a cependant eu lieu, quoique difficilement, par le moyen de cet orifice très étroit.

Dans un cas de *Knight* (1), ils'agissait d'un vagin terminé en cul-de-sac et communiquant avec la vessie.

C'est une jeune femme qui, mariée depuis 9 mois, n'avait cohabité avec son mari que pendant les deux derniers

1. New-Orléans, méd. and. New-Journal, novembre 1860,

mois. Le mariage n'avait pas été consommé à proprement parler.

Elle avait toujours joui d'une bonne santé *sans avoir jamais été réglée*.

A l'examen de cette femme, on constata que les parties externes présentaient l'apparence naturelle. En séparant les grandes lèvres, on trouva les petites lèvres bien conformées, mais il n'y avait pas de méat urinaire. Les mamelles étaient bien développées, mais la malade affirmait qu'elle n'avait jamais ressenti les désirs sexuels, et que la *miction était toujours excitée par le coït*.

Quant au groupe de malformations constituées par l'atrésie et l'oblitération plus ou moins complètes du vagin, brides transversales, et l'imperforation de l'hymen, on conçoit bien que dans ces cas, il y aura de la difficulté ou même de l'impossibilité dans l'accomplissement du coït, et l'intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

Les cas d'imperforation de l'hymen sont très fréquents dans la science, et il n'est pas très rare non plus de voir l'hymen, quoique perforé, présenter une épaisseur et une résistance telles que les tentatives de coït les plus persévérantes et les plus énergiques ne peuvent parvenir à en déterminer la rupture. Pour que les rapports sexuels puissent s'accomplir dans ces circonstances, la main du chirurgien doit le plus souvent intervenir.

Voici une observation publiée par le docteur Gillion, de

Bruxelles (1), qui montre quels sont les inconvénients causés sur l'accomplissement du coït, par une bride transversale du vagin.

La malade dont ils'agit, ne s'est jamais plainte de son anomalie avant le mariage. Ses doléances avaient commencé avec la première nuit de noces, et elle les renouvelait toujours plus intenses à chacun des rapprochemnts.

La malade fatiguée toujours d'entendre de la part de son mari, qui l'aimait cependant, « qu'elle n'était pas faite comme une autre », vint demander qu'on l'examine « afin de voir ce qui lui manquait ».

C'est une jeune femme, M^{me} D..., âgée de 25 ans, mariée depuis à peu près deux ans, et qui ne présentait rien d'anormal du côté des organes génitaux externes. Le clitoris était bien développé, les grandes et les petites lèvres également, le méat urinaire n'offrait rien de particulier, et les caroncules myrtiformes étaient bien manifestes.

Bref, rien de ce côté. Mais l'index introduit dans le vagin fait constater à 2 centimètres environ de l'orifice vulvaire un tractus membraneux longitudinal très résistant et fort épais, séparant dans toute sa longueur le vagin en deux parties, une moitié droite et une moitié gauche, et s'étendant vers la droite dans la profondeur jusqu'à la partie la plus externe du col utérin.

Celui-ci se trouvait, dès lors, au fond d'une cavité qui était un peu plus large que l'autre, sans doute, mais qui n'en était pas moins étroite.

L'examen bi-manuel fait avec la plus grande peine, fit néanmoins constater la présence d'un utérus unique et très peu volumineux.

1. Journal des sages-femmes, 1856, p. 131.

« Je n'exagérerai rien, en disant que la joie des conjoints fut grande, quand je leur appris qu'une petite opération pourrait remédier aux douleurs qu'ils avaient jusqu'alors éprouvées dans leurs embrassements. J'ai sectionné la bride, et je puis certifier que le mari à qui du reste j'avais au bout de quatre ou cinq jours donné pleine permission, a fait tout aussitôt le nécessaire, pour maintenir la voie dans un bon état de perméabilité. »

Il convient aujourd'hui, que sa femme est faite comme une autre, et son épouse, ne médit plus comme autrefois des plaisirs du mariage.

Dans les cas d'absence du vagin, il y aura de l'impossibilité dans l'accomplissement du coït, et à propos de ces cas là justement, on cite dans les auteurs, plusieurs observations où les rapports ont eu lieu anormalement soit dans l'urèthre en produisant la dilatation de celui-ci, soit dans le rectum.

Ce sont, en effet, ces cas qui suscitent le plus souvent l'intervention chirurgicale.

Voici du reste une observation très curieuse à ce point de vue, due à un chirurgien anglais *Fechter* (1) et qui est ainsi intitulée :

Cas curieux observé chez une jeune mariée, remarquable à plusieurs titres: a) l'opération amena la guérison, quoique tout le vagin fût oblitéré jusqu'à l'orifice de l'utérus. b) le pénis du mari, s'était introduit dans l'urèthre qui était si large, qu'il put admettre facilement deux doigts du chirurgien.

1. Fechter. — *Lancet* 1830-31, t. II, p. 612.

A l'examen de cette femme, on constate que les parties externes avaient l'apparence d'une bonne conformation. En écartant les lèvres, et en examinant avec soin, on trouvait l'orifice du vagin situé plus haut qu'à l'ordinaire ; c'est-à-dire beaucoup plus près du clitoris qu'à l'état normal.

Après une inspection encore plus minutieuse, voici quel était l'état des parties :

Le vestibule était complètement fermé, depuis la commissure inférieure jusqu'à l'orifice de l'urètre énormément distendu. La substance, qui remplissait ainsi le vestibule, était solide, et ne donnait aucune idée de cavité derrière elle comme il arrive le plus souvent dans les cas d'oblitération lorsqu'il y a accumulation du sang menstruel ; il n'y avait ni plénitude de la partie inférieure de l'abdomen, ni pression sur le rectum causée par une collection sanguine.

On pouvait introduire deux doigts dans l'orifice de l'urètre.

On pratique l'opération qui a très bien réussi, car la femme retournant chez elle, fut menstruée bientôt après, et eut deux enfants plus tard.

Nous ne voulons pas envisager ici la question des indications, et de l'opportunité de l'intervention dans les cas d'absence complète du vagin, question très bien étudiée d'ailleurs par M^{lle} Dumitrescu (1) dans sa thèse inaugurale ; nous pouvons dire cependant que presque toujours ce sont ces deux circonstances qui justifient dans ces cas l'in-

1. Absence congénit. du vagin. Th. de Paris, 1896.

tervention : *a*) pour parer aux dangers d'une rétention menstruelle, et *b*) pour permettre la copulation.

L'opération faite pour remplir la seconde indication, est sans doute ce que l'on appelle une opération de complaisance ; mais il est des circonstances où une telle opération est presque une opération de nécessité. Et il y a des cas, en effet, où le chirurgien a dû se rendre aux désirs de sa malade, qui, tout en sachant bien ne pouvoir pas devenir mère, voulait au moins rester épouse, ce qu'elle n'avait pu encore devenir bien entendu, dans l'acceptation matérielle du mot.

L'humanité (1) dans ses défaillances, exige quelquefois à l'insu de celui qui le provoque, les résolutions héroïques de la part d'une épouse. Le chirurgien doit-il se faire le sauveur ou le complice de la malade qui l'implore ?

Il n'y a pas de règle à poser dans ces cas, et c'est dans chaque cas particulier une question de circonstance que le chirurgien doit juger dans sa conscience.

La pratique du vagin artificiel dans ces cas-là, est devenue pour ainsi dire aujourd'hui, une opération presque courante, tellement sont fréquentes les observations à ce point de vue.

Piqué (2), rapporte à la société de chirurgie, une observation de Villar de Bordeaux, où il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, qui, bien que n'ayant jamais eu d'écoulement menstruel, s'était mariée à 18 ans et demi ; le mariage avait

1. Lefort, loc. cit .p. 145.

2. Semaine médicale, 1895, t. XV, p. 474.

été d'ailleurs bientôt suivi d'une séparation ; en raison de l'impossibilité des rapports sexuels, la malade réclamant une intervention, on lui pratiqua un vagin artificiel.

D'après M. Pozzi, la dilatation de l'urètre, pouvant simuler un vagin, peut se rencontrer, non seulement chez les femmes dans les cas d'absence du vagin, mais aussi chez les hommes atteints d'hypospodias et considérés comme appartenant au sexe féminin.

Il cite à la même occasion une très curieuse observation d'un cas rentrant dans cette dernière catégorie, chez un hypospade qui souffrait d'hémorragies de la vessie, consécutivement au coït intravésical.

Quant à la fécondation, dans presque tous les vices de conformation que nous venons d'étudier, la conception est possible.

Elle peut être plus ou moins pénible, plus ou moins difficile ; mais tant qu'il y aura un chemin qui puisse être parcouru par le spermatozoïde jusqu'à l'ovaire, la fécondation aura lieu.

Voyons maintenant ce qui se passe avec les malformations de l'utérus, au point de vue de la conception.

Les exemples de grossesses dans les cas de dédoublement plus ou moins complète de l'utérus, sont très nombreux en effet ; et cela nous permet d'affirmer *à priori* que la conception, dans ces cas-là, peut avoir lieu, et que par conséquent, la stérilité n'est pas la conséquence immédiate du dédoublement ou de la bifidité utérine.

En parcourant les observations dans les auteurs, on trouve

de nombreux exemples qui suffisent pour établir la fréquence de la fécondité des femmes atteintes de ce vice de conformation.

On a signalé même, dans les cas de dédoublement de l'utérus, des faits de superfoetation ; c'est-à-dire d'imprégnation d'un second ovule après la fécondation d'un premier germe ; problème dont la solution est d'ailleurs des plus controversées au point de vue physiologique et légal, quand il s'agit des cas d'utérus normaux.

Et de toutes les observations, rares en effet, qui concernent ce chapitre, on peut déduire que dans les cas d'utérus bicorne par exemple, un fœtus peut être conservé dans un des utérus, et continuer à y vivre, tandis que l'autre segment de l'organe se débarrasse prématurément du produit qu'il renferme.

Jusqu'à présent, cette question de la superfoetation dans les utérus doubles, n'est pas encore complètement résolue. Dans les cas d'utérus bicorne, il peut y avoir développement égal des deux cornes, ou bien que l'une des cornes utérines soit en état rudimentaire.

Eh bien, la conception peut avoir lieu dans les deux variétés de cette anomalie.

Lorsque les deux utérus communiquent avec le vagin, cela est très explicable ; mais que se passe-t-il lorsqu'il n'y a pas de communication entre les deux cornes, et lorsqu'une corne seulement communique avec le vagin, l'autre ne communiquant qu'avec le péritoine.

La conception peut se faire dans la corne communiquant

avec le vagin, ou dans celle communiquant avec le péritoine. Dans le premier cas, c'est tout à fait naturel, mais comment la fécondation peut-elle s'accomplir dans le deuxième, c'est-à-dire dans la corne qui n'a pas de communication avec le vagin ?

Cette interprétation d'une façon toute particulière, a été donnée par *Kussmaul*, qui a eu l'occasion d'observer un de ces faits (1).

Il dit qu'il y avait eu à un moment donné communication entre les deux cornes ; et que, par le fait de grossesse, il y a eu oblitération.

Mais on sait aujourd'hui que, malgré que cette communication entre les deux cornes ne puisse pas exister, l'oblitération étant complète, la fécondation cependant pourra avoir lieu, et cela des deux façons suivantes (2) :

Ou bien, le sperme a pu passer à travers la corne bien développée et la trompe de même côté, et à travers la cavité abdominale arriver jusqu'à l'ovaire de l'autre côté, et aller féconder un œuf qui, saisi par la trompe de la corne oblitérée, est arrivé jusqu'à cette corne où il se greffe ; c'est la *migration externe du sperme* ; ou bien le sperme a fécondé un œuf qui provenait de l'ovaire de la corne normalement développée, et cet œuf a été recueilli par la trompe du côté opposé : *migration externe de l'œuf*.

Cette hypothèse émise par *Taylor Smith*, a été vérifiée plusieurs fois déjà.

1. *Kussmaul*, loc. cit.

2. *Schröder*, loc. cit. p. 348.

Que se passe-t-il maintenant dans les cas d'utérus réduit à une moitié seulement? utérus unicornis.

D'après le professeur *Lefort*, dans les cas d'utérus unicornis, l'un des canaux de Müller peut :

a) S'atrophier dans toute son étendue, et il résultera l'absence complète d'une moitié de l'organe, ainsi que l'absence d'une trompe; l'ovaire pouvant cependant exister, car son développement en est indépendant.

b) Si l'un des canaux, ne s'atrophie que dans la partie correspondante à l'utérus, c'est-à-dire depuis l'insertion du ligament rond, on pourra dès lors constater la présence de la trompe se continuant par un ligament, ou par du tissu cellulaire condensé en membrane, avec la partie latérale du corps, et plus souvent du col de l'utérus.

En présence d'un vice de conformation qui réduit de moitié l'utérus, on est amené à se demander si la conception est possible dans le cas d'utérus unicornis.

Eh bien, les observations, quoique très rares, ne laissent pas le moindre doute à cet égard.

Nous empruntons à la thèse du professeur *Lefort* l'observation suivante rapportée par *Home* et qui lui a été transmise par *Granville*. Cette observation, se trouve consignée dans une lettre dont les comptes-rendus de la Société royale ne donnent que l'analyse :

Une femme de 40 ans mourut à la Maternité six ou sept jours après être accouchée de deux jumeaux, un garçon et une

filie. Cette femme avait eu antérieurement onze enfants des deux sexes.

A l'autopsie, l'utérus, présentait quatre fois au moins son volume ordinaire à l'état de vacuité, mais l'attention des observateurs se porta surtout sur les détails suivants : l'organe n'avait atteint son plein développement que du côté droit, où il offrait sa convexité pyriforme et sa courbure habituelles.

Du côté gauche, il était limité par un bord rectiligne distant à peine d'un demi-pouce de l'axe longitudinal, et séparé du bord opposé, par un intervalle de plus de deux pouces.

Ce n'est pas tout : les vaisseaux utérins et ovariens, la trompe de Fallope, l'ovaire et le ligament large ne peuvent être découverts à gauche.

Les rudiments des annexes (car ils ne méritaient pas autre dénomination), furent trouvés cachés à la partie inférieure de la cavité pelvienne, en connexion avec le col de l'utérus.

Le ligament rond s'insérait à l'épine supéro-interne du pubis du même côté. En disséquant cette masse confuse, nous aperçûmes quelque chose de racorni et de ratatiné, qui ressemblait à un ovaire, et qui était perdu dans l'enchevêtrement des parties avoisinantes.

Les autres organes de la génération n'offraient aucune particularité digne de remarque.

Cette observation est très intéressante, et à plusieurs points de vue.

En effet, la malade dont il s'agit, a eu antérieurement onze enfants, tantôt des garçons, tantôt des filles, et finalement, elle succombe, aux suites de l'accouchement de deux jumeaux de sexe différent.

Ce dernier fait surtout est des plus remarquables ; il prouve d'une manière très nette :

1^o Que la grossesse gémellaire peut être produite par deux ovules venus du même ovaire ;

2^o Qu'un seul ovaire — l'autre étant atrophié, ou n'existant pas — peut produire des ovules susceptibles à devenir le germe de fœtus des deux sexes.

Le diagnostic de cette variété de malformation utérine est très difficile, sinon impossible, car il n'existe pas de signes cliniques qui pourraient indiquer son existence ; et ce n'est, en effet, qu'à l'autopsie qu'on a pu reconnaître l'existence de cette anomalie méconnue, ou simplement soupçonnée pendant la vie.

Cependant, d'après *Schroder* (1), le diagnostic de cette anomalie, ne serait pas absolument impossible à faire. « Il est possible, dit-il, si l'utérus augmenté de volume, se dirige en formant un arc, et en se terminant par en haut en pointe vers le crête iliaque de l'un des côtés, et si l'exploration combinée, l'interne et l'externe, permet de reconnaître de l'autre côté une petite tumeur adhérente à l'utérus par un court pédicule. L'insertion excentrique et la brièveté anormale de la portion vaginale, aident encore à confirmer le diagnostic. »

On a donné encore comme signes d'utérus unicorne chez la femme non enceinte, le peu de développement du col ;

1. Schröder. Manuel d'accouchement p. 349.

l'inclinaison latérale du corps de l'utérus, sa forme en fuseau, etc.

Le diagnostic d'utérus unicorne peut avoir un intérêt scientifique plutôt, mais au point de vue pratique il n'en a pas.

CHAPITRE V

Influence des Malformations Utérines sur la grossesse

Nous venons de voir dans le chapitre précédent que généralement la conception peut avoir lieu dans les différents cas de malformations que nous avons précédemment étudiés.

Voyons maintenant quelle sera l'influence de ces vices de conformation sur la grossesse.

En parcourant les observations, on voit tout d'abord que dans presque tous les cas, la grossesse n'est nullement influencée par le fait des malformations du vagin. Nous pourrons donc, dès maintenant, exclure volontairement tout ce qui se rapporte aux anomalies vaginales, en ne nous occupant que seulement de celles de l'utérus.

Etudions donc successivement ce qui se passe avec la grossesse dans chaque variété d'utérus mal conformé.

Pour ce qui concerne l'utérus *unicorné*, nous avons vu que d'après le professeur Lefort, il peut en exister deux variétés, selon que l'atrophie de l'un des canaux de Müller occupe toute l'étendue de ce conduit, ou bien seulement la portion située au-dessous de l'insertion du ligament rond.

La deuxième variété se caractérisant le plus souvent par la présence d'une deuxième corne rudimentaire à côté de celle principale, semble plutôt rentrer dans la classe d'utérus bicorne, et nous ne parlerons pour le moment que de la première variété.

Le diagnostic de cette anomalie, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, est presque impossible pendant la vie, que la femme soit enceinte ou non ; et les quelques signes qu'on a donnés comme caractéristiques pendant la grossesse, sont plus ou moins défigurés par elle ; car à mesure que celle-ci progresse, l'utérus se redresse, devient globuleux, et le diagnostic dans ce cas là est tout à fait hypothétique, sinon impossible.

Tout cela ne veut pas dire que la grossesse soit incompatible avec cette anomalie ; au contraire, et les quelques observations s'y référant le démontrent jusqu'à l'évidence.

En effet, il existe un certain nombre de faits dans lesquels des femmes atteintes de ce vice de conformation sont devenues plusieurs fois enceintes, ont eu des grossesses normales et des accouchements à terme.

Outre l'observation d'Home citée dans le chapitre précédent, nous pouvons encore ajouter celle du professeur Chaussier qui démontre jusqu'à l'évidence que la grossesse peut évoluer normalement dans un utérus unicorne.

Le professeur Chaussier (1) a fait voir à l'Assemblée l'utérus

1. Bulletin de la Faculté de médecine, 12 janvier 1817, t. VI, p. 437.

d'une femme morte récemment à l'hospice de la Maternité, où elle est venue accoucher peut-être pour la dixième fois d'enfants vivants et de sexes différents. Cependant cet utérus était incomplet ; il ne consistait pour ainsi dire que dans la moitié du côté droit avec une seule trompe et un seul ovaire.

Cette femme présentait d'ailleurs beaucoup d'autres vices de conformation telle que le déplacement du rein gauche, strabisme, deux ongles au pouce de la main du même côté.

Quant à l'utérus *didelphe*, cette anomalie a été trouvée dans quelques cas, où en même temps il existait d'autres vices de conformation.

En effet, presque tous les cas ont été observés chez des petites filles atteintes en même temps d'extrophie de la vessie, d'atrésie de l'anus avec persistance du cloaque et mourant quelques jours après leur naissance.

Et les quelques faits concernant des femmes devenues enceintes, malgré qu'elles présentaient une extrophie de la vessie, ces cas paraissent d'après toutes les probabilités, rentrer dans la classe des utérus bicornes.

Le cas communiqué par A. Olivier à la Société de biologie en janvier 1870, et qui pour certains auteurs est considéré comme un exemple d'utérus didelphe, semble plutôt rentrer dans la variété suivante :

Utérus bicorne. — Dans cette variété, les cornes utérines se sont développées isolément à droite et à gauche, et sont parfaitement distinctes.

C'est d'ailleurs une variété importante à connaître au point de vue obstétrical.

Il y a, comme nous le savons, plusieurs variétés d'utérus bicorne, selon que le cloisonnement a intéressé ou non le col utérin; et, à côté de la forme d'utérus bicorne où les cavités sont également développées, on observe aussi celle où l'une des cornes est tout à fait rudimentaire.

Nous avons vu dans le chapitre précédent les considérations possibles à faire en ce qui concerne la conception dans cette variété d'utérus; que, par conséquent les deux cornes se soient ou non développées également, qu'elles soient ou non en communication l'une avec l'autre, la fécondation néanmoins peut avoir lieu.

La grossesse, dans ces cas-là, peut le plus souvent aller à terme, mais il n'en est cependant pas ainsi, car cela dépend toujours du développement de la corne dans laquelle la grossesse évolue.

Il y a des cas curieux dans la science, où chez une même femme multipare, la grossesse évoluait tantôt dans la corne droite, tantôt dans la corne gauche, et toutes les fois que le fœtus se développait dans la corne gauche, la femme allait jusqu'au terme, tandis qu'à droite, la femme avortait.

Un cas analogue a été observé par *Goutermann* (1): la femme devenait enceinte tantôt dans la corne gauche, tantôt dans la droite, et toutes les grossesses dans la corne droite au nombre de neuf, sauf une où l'enfant naquit à sept mois, ont été suivies d'avortements; les trois grossesses, qui se

1. *Goutermann*, cité par *Müller* loc cit.

sont produites dans la corne gauche ont toutes évolué jusqu'à terme.

De ce qui précède, on voit donc que la grossesse peut aller à terme dans une corne qui se laisse suffisamment distendre, et l'accouchement avoir lieu normalement; mais à une grossesse ultérieure, le fœtus se développant dans la corne rudimentaire qui ne peut par conséquent subir une distension suffisante, la matrice, le plus souvent se rompt, pouvant causer alors la mort de la femme, comme cela a eu lieu dans l'observation suivante :

On lit (1) dans les transactions philosophiques n° 48, que le 6 janvier 1669, Benoit Vassal, chirurgien à Paris, fit l'ouverture du corps d'une femme âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin et d'une très forte constitution. Elle avait deux matrices, dont l'une, qu'il appelle la véritable, parce qu'elle occupait le milieu du petit bassin, avait servi à la conception de onze enfants, dont sept mâles et quatre femelles; tous nés à terme et parfaitement conformés.

Mais cette mère, si féconde, conçut *un douzième enfant dans la deuxième matrice contiguë à la vraie*, mais dans un lieu si étroit, et si peu susceptible de dilatation, que le fœtus, après avoir causé à sa mère pendant deux mois et demi des accidents très dangereux, rompit enfin sa prison, à trois ou quatre mois, et mourut en causant la mort de sa mère, qui tomba dans des mouvements convulsifs très violents, occasionnés par l'effusion du sang dans la cavité de l'abdomen. Les convulsions durèrent trois jours et la mirent au tombeau.

1. Arch. gén. de médéc. 1836 p. 141.

Voici une autre observation, tout à fait identique à la précédente (1),

Une jeune dame de vingt ans, femme de chambre de madame la dauphine, éprouva tous les symptômes d'une grossesse, excepté la suppression des règles, qui continuèrent pendant cinq mois. Le sixième mois elle fut prise de douleurs atroces dans le bas-ventre; depuis cette époque, elle ne sentit plus remuer son enfant.

Douze jours après, les mêmes douleurs violentes, et la malade mourut à cinq heures du matin avec le ventre excessivement distendu.

La reine et madame la dauphine demandèrent que Dionis fit l'examen anatomique du corps. Daguin et Fagon, premiers médecins de la cour, y assistèrent.

Il y fut constaté que la matrice, au-dessus de son col, formait deux corps séparés et la conception s'était faite dans la matrice gauche.

La pièce fut enlevée et on constata que la cavité de l'abdomen était remplie de sang, le fœtus était couché sur les intestins; la matrice qui contenait l'enfant s'était ouverte spontanément par rupture ou crevasse de son fond; l'arrière-faix tenait encore à l'une des parois.

Une matrice surnuméraire existait au côté gauche du fond ordinaire de la matrice et en était distante de deux travers de doigts. Ces deux corps étaient munis chacun d'un ovaire, d'une trompe et de ligaments larges. Dans le fond de la véritable matrice qui ne s'éloignait ni de la direction, ni de la conformation

1. Dionis. Arch. gén. de médéc. 1836 p. 146.

naturelle de l'utérus humain, il y avait un faux germe de la grosseur d'un petit œuf.

Il ne parut pas que le viscère surnuméraire eût une issue dans l'orifice interne ou dans le vagin.

Voyons maintenant quelle sera l'accommodation du fœtus développé dans une corne gravide, autrement dit, quelle sera sa présentation ?

La forme ovoïde de l'utérus, ayant plus ou moins disparu dans ces cas-là, il résulte que l'accommodation ne pourra pas se faire normalement.

On a constaté dans plusieurs cas la présentation du siège ; d'autrefois, la présentation de l'épaule ; mais actuellement il est encore presque impossible de dire quelle sera la présentation la plus fréquente dans les cas d'utérus bicorne.

Quand la grossesse a lieu dans la corne rudimentaire, elle y évolue différemment suivant que cette corne s'ouvre ou non dans l'autre cavité utérine.

Dans le premier cas, c'est-à-dire, s'il y a communication et si la corne, bien que petite est suffisamment développée, la grossesse peut aller jusqu'à terme ; quelquefois cependant, l'expulsion du fœtus a lieu avant terme.

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire quand il n'y a pas de communication entre les deux parties de l'utérus, ou si elle est très étroite, la grossesse présente alors une marche analogue à celle de la variété tubaire de la grossesse extra-utérine.

On dit que dans ce dernier cas la grossesse va rarement

jusqu'à terme, mais cela dépend toujours de ce que la corne se laisse plus ou moins distendre par le produit de conception; et d'après les observations, on remarque que la rupture peut avoir lieu dans les premiers mois aussi bien que dans les derniers, et que parfois elle n'aura pas lieu du tout.

Cette rupture, quand elle a lieu, se produit toujours dans le point le moins résistant, en général vers l'insertion de la trompe (1); le fœtus fait alors irruption dans la cavité abdominale et la femme peut succomber rapidement à une hémorragie ou à une péritonite.

Cette terminaison n'est pas la règle, cependant. La mort du fœtus peut venir mettre un terme à l'accroissement de la corne et aux dangers de la rupture, et dans ces cas, on voit survenir quelquefois un faux travail avec expulsion de caduque de la corne normalement développée.

Le fœtus mort peut alors subir toutes les transformations que l'on observe dans la grossesse extra-utérine.

Il n'y a dans la science qu'un seul cas qui prouve que par exception, la grossesse peut aller à terme.

C'est le cas observé par Turner (2) et à l'autopsie de la femme qui mourut de tuberculose, on trouva le fœtus dans la corne gauche oblitérée.

Quant au diagnostic clinique de la grossesse dans une corne rudimentaire, il est presque impossible à faire, et si

1. Tarnier et Budin. Traité d'accouchements, t. II, p. 202.

2. Turner : Edimb. méd. journ. mai 1866, p. 374.

chez les femmes non enceintes, cette malformation peut, dans certains cas favorables, être reconnue par la palpation et par le cathétérisme utérin, à la forme recourbée latéralement et allongée en pointe de la corne perméable, la grossesse modifiera cette forme de la corne accessoire, de telle sorte qu'il ne sera plus possible de se prononcer (1)

Le diagnostic pendant la vie ne peut être posé d'une façon presque absolue que lorsqu'on ne perçoit pas la palpation, la sensation de contraction dans les deux tumeurs.

Même sur le cadavre, le diagnostic est parfois difficile à faire, car on peut très bien confondre ces cas avec une grossesse tubaire. On peut y arriver cependant, après un examen minutieux des pièces, et prenant toujours comme point de repère l'insertion du ligament rond.

En effet, dans l'utérus bicorne, c'est en dehors du sac fœtal que ce ligament prend son origine, tandis que dans la grossesse tubaire, c'est entre le sac fœtal et l'utérus.

Dans les cas d'utérus biloculaire, variété qui d'ailleurs ne diffère de la précédente que par le fait que les deux utérus sont juxtaposés au lieu d'être plus ou moins écartés, les deux compartiments utérins ne sont jamais développés d'une façon égale. En supposant qu'à l'état de vacuité les deux loges soient développées également, que l'utérus ait une forme plus ou moins globuleuse, il est impossible cependant, qu'il en soit ainsi à l'état de gravidité, puisque la grossesse se développant dans une des loges, celle-ci sera par conséquent plus

1. Schroder loc. cit.

considérable que l'autre et la forme générale de l'utérus ne sera plus ovoïdale.

La marche de la grossesse dépend ici comme dans la variété précédente, du développement de la corne gravide.

Si cette corne se laisse suffisamment distendre, la grossesse ira à terme; dans le cas contraire, elle sera interrompue, et alors on assistera à un avortement ou à une rupture de la paroi.

Il se passe ici comme dans la variété précédente, quelques modifications dans la loge non gravide : le tissu musculaire utérin s'hypertrophie et il se forme en même temps au dépens de la muqueuse utérine, une véritable caduque; phénomènes qui sont tout à fait identiques à ceux qui se produisent dans l'utérus normal en cas de grossesse ectopique.

Quant au diagnostic, il est encore très difficile à faire, et ce vice de conformation ne peut être reconnu qu'à l'autopsie.

Voici une observation publiée par M. Budin (1) d'un *utérus double reconnu à l'autopsie, chez une femme morte d'hémorrhagie pulmonaire à la fin de sa grossesse.* — Opération césarienne (Résumée).

Le 29 octobre 1875, la nommée Fr..., enceinte de 9 mois, succomba à une hémophysie à la Maternité, où elle venait d'être amenée.

Dix minutes après, on sectionne l'utérus et on extrait un enfant en état de mort apparente, qu'on ranime péniblement et qui succombe le lendemain.

1. Progrès médical, 4 mars 1876.

Autopsie. — L'utérus semble avoir été sectionné sur la ligne médiane ; l'incision qui avait été faite, passait juste au niveau du placenta, qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Le placenta était de forme circulaire, l'insertion du cordon centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on voit que si cet organe paraissait normal, en réalité, il ne l'était pas ; il était double.

Ce double organe, dans son ensemble, formait une masse pesant 757 grammes, et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 centimètres de large.

Il existait deux cols complètement séparés.

L'utérus gravide était l'utérus droit ; il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 centimètres de longueur.

Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur, et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre ; sa cavité était complète, mais oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rose, qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale ; le mucus faisant saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire, et appartenait nettement à un col de primipare.

Le deuxième utérus était séparé du premier à la surface par un très léger sillon ; au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précédent, mais formait en réalité un tout avec lui.

Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 centimètres de large.

Son col avait la forme d'un col de multipare ; la cavité de ce col était totalement remplie par un bouchon gélatineux.

La surface interne du corps et du col de l'utérus gauche, non gravide, avait un aspect spécial ; elle présentait des masses lobu-

lées, d'un gris rosé, formant en certains points de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse, et sur la coupe, on voyait, en effet, la section du tissu musculaire utérin; ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur, tandis que la muqueuse hypertrophiée offrait par place jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au fond de l'organe, son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col; à une certaine distance de l'orifice cervical interne, elle semblait s'arrêter, tant elle est devenue mince.

Il était facile, avec le dos d'un scalpel, de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

Chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin distinct; les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite, l'autre à gauche; ils étaient accolés comme deux canons de fusil, et séparés par une cloison assez épaisse; cette cloison s'étendait jusqu'au niveau de la vulve qui était unique.

Au point de vue de la présentation du fœtus dans les cas d'utérus biloculaire, nous aurons à répéter ce que nous avons dit pour la variété précédente; en effet, les cas connus jusqu'aujourd'hui ne sont pas assez nombreux et assez bien observés pour pouvoir dire que le fœtus se présente toujours de telle ou telle façon.

Nous arrivons maintenant à la variété dite *utérus cordiforme*.

Cette anomalie offre en effet un intérêt de premier ordre au point de vue obstétrical, quoique les anciens auteurs aient parlé de cette anomalie comme d'une simple curiosité

scientifique, ne présentant presque pas d'inconvénients.

On comprend sous ce nom l'utérus dans lequel la cloison médiane n'a pas complètement disparu et forme par conséquent un éperon, qui descend plus ou moins bas dans la matrice, mais ne s'étendant pas jusqu'au niveau du col; et celui dans lequel la cloison, quoique complètement disparue, le fond de l'organe ne s'est pas développé, et il reste déprimé au lieu de devenir saillant, donnant à l'organe la forme presque d'un cœur de carte à jouer.

Le professeur *Hergott* de Nancy, dans sa thèse inaugurale 1839, lui avait donné le nom d'utérus arqué, échancré, cordiforme.

Lorsque cet éperon est à peine marqué ou n'existe pas, alors le diamètre transversal de l'utérus l'emporte sur le diamètre longitudinal et les présentations vicieuses sont très fréquentes dans ces cas-là.

En effet, de toutes les causes invoquées par les auteurs pour expliquer les présentations vicieuses — la trop grande abondance de liquide amniotique, les mouvements exagérés du fœtus, inclinaisons de l'utérus, ou certaines attitudes prolongées de la femme — ce sont les malformations de l'utérus et surtout la variété dont nous nous occupons à présent, qui déterminent le plus souvent ces défauts d'accommodation fœtales.

Nous disons la variété la plus prédisposante aux présentations vicieuses, et cela s'explique.

En effet, dans les variétés d'utérus bicorne ou biloculaire, il y a effectivement deux matrices, mais dans lesquelles les

diamètres longitudinaux l'emportent sur les diamètres transversaux, et le fœtus se présentera alors, le plus souvent par un de ses deux pôles, extrémité céphalique ou pelvienne.

Dans cette variété, au contraire, l'organe étant élargi transversalement il y a « une accommodation particulière et incomplète, car les deux axes (c'est-à-dire l'axe longitudinal du fœtus et celui de la matrice), sont parallèles et coïncident bien ; mais ils sont perpendiculaires à l'axe pelvien » (1) ; le fœtus prendra alors forcément la position transversale.

Cependant dans les cas où l'anomalie utérine est à peine prononcée, de sorte que la forme ovoïde est très peu modifiée, on pourra néanmoins avoir des présentations du sommet.

C'est, en effet, ce qu'on observe dans un certain nombre d'observations où les femmes ayant un utérus cordiforme — reconnu soit après, quelquefois au moment de la délivrance — accouchent à terme d'enfants se présentant par le sommet.

Dans nos recherches, nous avons pu trouver dans les archives de la clinique Baudelocque un certain nombre d'observations dans lesquelles le fœtus s'est présenté par un de ses deux pôles, extrémité céphalique ou pelvienne ; mais dans presque la majorité des observations concernant l'anomalie dont nous nous occupons, le fœtus se présentait par l'épaule ; présentation vicieuse par excellence.

1. Pinard : Traité du palper abdominal, p. 51.

De sorte que, pour terminer avec cette partie de la question, on peut poser actuellement comme une règle presque absolue que lorsque l'on constate chez une primipare à terme une présentation de l'épaule franche, le bassin étant bien conformé, cette présentation vicieuse ne reconnaît probablement pas autre cause qu'une malformation utérine, identique à celle dont nous nous occupons.

Et de plus, on pourrait dans presque la majorité des cas soupçonner le diagnostic de malformation utérine dès qu'on a fait la constatation d'une présentation franchement transversale.

Ce sont d'ailleurs les mêmes conclusions auxquelles est arrivé M. Picot dans sa thèse inaugurale de 1891.

On a publié quelques observations de femmes chez lesquelles, dans plusieurs accouchements successifs, l'enfant se présenta par l'épaule, et on a fait différentes hypothèses pour expliquer cet état de choses. Ainsi dans une observation publiée par le docteur Géry (1), il s'agit d'une femme chez laquelle, dans neuf accouchements successifs, l'enfant se présenta par le bras ; et l'auteur suppose pour expliquer ce fait, qu'il y avait probablement un excès d'amplitude du grand bassin.

On a publié depuis un grand nombre d'observations analogues.

Nous avons trouvé aussi dans les archives de la clinique une observation concernant une femme tertipare, chez

1. Revue médicale, 1842. T. VI, p. 226.

laquelle dans les deux premières grossesses. l'enfant s'est présenté par le siège ; pour la troisième, il y avait présentation de l'épaule :

La nommée X..., tertipare, âgée de 25 ans, couturière de profession, entre à la clinique le 4 juillet 1890, à quatre heures du matin.

Rien au point de vue des antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans et depuis régulièrement.

A eu une première grossesse en 1887 ; accouchée à terme d'un enfant mort-né, venu par le siège. Une deuxième grossesse en 1889. Siége à terme d'un enfant mort-né.

Grossesse actuelle : Les dernières règles datent du 26 septembre 1889.

Aucune complication pendant la grossesse.

A l'examen de la femme à son arrivée à la clinique, on constate que le ventre est élargi transversalement ; la corne utérine droite est plus développée que la gauche, et en est séparée par une légère dépression.

Par le palper, on trouve la tête dans la corne utérine droite, le siège dans la corne gauche ; le dos est en avant.

On entend les bruits du cœur au niveau de l'ombilic et un peu à droite.

Elle a ressenti les premières douleurs le 4 juillet vers 2 heures du matin.

Vers 3 heures, les membranes se sont rompues.

A son arrivée, le col était en voie d'effacement.

Il s'écoula après la rupture des membranes un liquide amniotique verdâtre.

La dilatation marche lentement et régulièrement.

A 1 h. 1½ du matin, à la dilatation complète, M. Pinard pratique, sous chloroforme, la version par manœuvres internes ; il remène le pied droit et extrait assez facilement un enfant vivant du poids de 3070 grammes.

Le travail a duré 9 heures 1½.

La délivrance ne présente rien de particulier.

Elle a eu lieu 1 heure 5 minutes après l'accouchement, mais les membranes étaient déchirées et ne purent être mesurées.

Les suites de couches furent normales.

En présence de telle succession de présentations vicieuses chez la même femme, on peut actuellement établir que lorsqu'on constate chez une multipare plusieurs présentations vicieuses à plusieurs accouchements successifs, et par présentations vicieuses nous entendons aussi bien les présentations du siège que celles de l'épaule, le bassin étant bien conformé ; et, s'il n'existe pas d'autres causes ayant empêché les présentations longitudinales, il s'agit d'une malformation utérine.

C'est d'ailleurs une hypothèse qui est aujourd'hui admise par plusieurs auteurs.

CHAPITRE VI

Malformations Utéro-Vaginales, au point de vue de l'accouchement

Nous pouvons dire, dès le début de ce chapitre, que pour ce qui concerne les malformations du vagin, le travail de l'accouchement n'en est point influencé généralement.

L'accouchement peut être plus ou moins retardé, mais il s'est toujours terminé heureusement, et sans déterminer de graves accidents ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Dans les cloisonnements du vagin, en effet, on n'a pas signalé de retard dans la progression du fœtus ; cependant, lorsque la cloison est incomplète, on était obligé, dans certains cas, de l'inciser, à cause de l'obstacle ainsi créé, et qui pouvait empêcher la descente et le dégagement ; la tête venant appuyer sur ce repli.

Et aujourd'hui on est autorisé pour ainsi dire, au moment du travail — et non pendant les derniers mois de la grossesse, comme le pratiquaient les anciens auteurs — d'inciser la cloison, quand la tête fœtale entraîne cette cloi-

son sans la pouvoir rejeter de côté, et quand pour cela même, le dégagement fœtal est gêné. Mais il faut exercer une grande surveillance, car il y a toujours à craindre une hémorragie, étant donnée l'abondante vascularisation de cette région à la fin de la grossesse.

Dans le cas que nous étions à même d'observer à la clinique Baudelocque, et dont nous avons relaté l'observation à la fin de ce travail, la partie antérieure de la cloison formant une bride très résistante devant la tête, on a essayé de la réduire, en la poussant à gauche; et cependant, quoique la bride soit restée en place, l'accouchement a eu lieu spontanément.

Voyons maintenant quels sont les inconvénients créés par les vices de conformations de l'utérus, sur la marche régulière du travail, quels sont les accidents et les complications qui en découlent, et enfin quelle sera la conduite à tenir dans ces diverses circonstances.

D'abord, pour ce qui a trait à l'utérus bicorne, le travail dans ce cas est généralement plus long que d'habitude, les contractions utérines sont plus ou moins irrégulières. Mais plus long ne veut cependant pas dire fatalement plus difficile.

Cependant, on a cité dans cette variété comme cause de dystocie, une espèce de bride, qui va de la face postérieure de la vessie, à la face antérieure du rectum, et qui, passant par-dessus la dépression qui sépare les deux cornes utérines, s'enfonce entre ces deux lobes, en exerçant une sorte de tiraillement.

Une autre cause de dystocie peut être causée par l'hyper-trophie de la corne non gravide.

En effet, cette deuxième corne, s'hypertrophiant par influence, peut venir jusqu'au détroit supérieur oblitérer une partie du bassin, et rétrécir par conséquent l'excavation d'autant.

Un cas de ce genre a été cité par Muller (1).

Il s'agissait d'une multipare qu'il assista à deux reprises, et chaque fois, une tumeur vint mettre obstacle à l'accouchement, qui fût d'ailleurs très pénible, et qui se termina par la mort de l'enfant.

L'existence de deux vagins, ainsi que d'autres particularités permirent à Müller, de reconnaître que la tumeur n'était qu'une corne utérine rudimentaire.

Un autre cas analogue a été signalé par Borinski (2). Il s'agit d'un cas où l'enfant se présentait par le siège, et la corne vide descendait en même temps que la tête dernière.

On dut terminer l'accouchement par une céphalotripsie.

La femme ayant succombé, l'autopsie vérifia dans ce cas le diagnostic.

La conduite à tenir dans cette circonstance est la suivante :

Après avoir diagnostiqué plus ou moins la présence de la tumeur qu'on sent dans l'excavation, on pratiquera la ponction s'il s'agit d'une tumeur liquide, ou bien on tâchera de l'écarter autant que possible s'il s'agit d'une tumeur solide.

1. Arch. für gynec. 1873.

2. In Picot, loc. cit.

Mais, si elle est enclavée, et par conséquent son déplacement impossible, il faudra pour terminer l'accouchement avoir recours à la basiotripsie ou à l'opération césarienne.

Tout ceci s'applique au cas de grossesse évoluant dans

une corne susceptible de prendre un développement assez considérable.

Mais, si le fœtus a évolué dans la corne rudimentaire, le diagnostic étant indécis entre une grossesse extra-utérine et une grossesse utérine, on devra intervenir bien entendu dès le moindre accident.

Une des complications les plus graves, mais très rare heureusement, qui peut survenir pendant le travail, c'est la rupture possible de l'utérus.

En effet, cette complication est des plus rares et M. Gautrelet dans sa thèse (1) n'a pu enregistrer aucun cas sur un nombre de quarante-trois malformations utérines diverses, recueillies à la clinique Baudelocque.

Cependant M. Bar (2) a eu l'occasion de voir un cas semblable à Lariboisière.

« L'accouchement se faisait régulièrement, lorsque tout à coup l'enfant disparut et on ne trouva plus rien. En arrivant dans le service, je trouve l'utérus rétracté, j'ai cru alors que l'accouchement avait déjà été fait. On ne trouvait plus rien en effet. »

1. Gautrelet: L'accouchement dans les malformes utérines. Th. Paris 1895.

2. Journal des sages-femmes 1906, p. 131.

Il s'agissait dans ce cas-là d'une rupture de l'utérus au niveau de la cloison de séparation des deux loges utérines, et l'enfant était passé à travers l'ouverture.

Dans la variété d'utérus *bilocularis* l'accommodation peut être empêchée à cause de la cloison médiane et la tête ne pas pouvoir pénétrer dans l'excavation à cause de l'étroitesse du segment inférieur de ce demi-utérus.

La tête peut donc rester au-dessus de l'air du détroit supérieur, ou bien le pôle fœtal peut se diriger obliquement et non verticalement, et appuyant sur la cloison médiane la déprimer et l'obliger de faire saillie au niveau de l'autre orifice faisant ainsi indirectement remonter l'orifice de la loge gravide.

Ce fait a été plusieurs fois observé par le professeur Tarnier.

Dans ces cas-là, le diagnostic étant préalablement fait, la conduite à tenir est analogue à celle qui est recommandée pour la dilatation sacciforme de l'utérus, lorsque l'utérus est déjeté soit en avant, soit en arrière ou sur les côtés.

Elle consiste à accrocher l'utérus en déprimant la cloison, de sorte qu'on élève la cloison qui empêche la tête de pénétrer dans la véritable filière génitale, enfin à la faire passer par dessus la région fœtale.

Nous passerons sous silence tout ce qui concerne l'accouchement dans l'utérus unicornis et didelphe, car, à cause de l'extrême rareté des cas de grossesses dans ces deux variétés, ainsi qu'à cause des difficultés de diagnostic, il n'y a pas

encore à proprement parler de règles spéciales à suivre dans ces circonstances.

Nous arrivons maintenant à la conduite à tenir dans les cas d'utérus *cordiforme*.

Dans cette variété, nous avons vu dans le chapitre précédent, il y a le plus souvent des présentations vicieuses du siège ou de l'épaule.

Dans ces cas donc, la conduite à tenir sera de tenter d'abord la version par manœuvres externes, les membranes n'étant pas encore rompues bien entendu.

C'est, d'ailleurs, la pratique de M. le professeur Pinard, dans ces circonstances.

La manœuvre n'est pas toujours facile à exécuter et parfois même il faudrait saisir le moment précis où le fœtus se déplace, mais généralement l'évolution fœtale a lieu, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle ne pourra pas être effectuée.

Voici ce que le professeur Pinard dit au sujet de la version dans le cas de malformation utérine (1) :

« Ici encore, la présentation est la résultante d'une accommodation; la cavité utérine mal développée n'est pas très spacieuse et quelquefois même, comme dans les cas publiés par M. Palaillon, un éperon médian fait saillie dans l'intérieur. On conçoit que la mobilité du fœtus puisse être bien limitée.

« Dans une observation de M. Palaillon, la version fut

— 1. Pinard. *Traité du palper abdominal*, p. 307.

impossible, mais je dois ajouter que dans un cas semblable observé dans le service du professeur Broca, je pus, sans déployer une grande force, transformer une présentation de l'épaule en présentation du sommet.

« J'ai eu, depuis, l'occasion d'observer cinq cas où la malformation était très nette et assez accusée, ainsi que le démontre l'examen des membranes après la délivrance, et non seulement dans quatre de ces cas je pus transformer une présentation de l'épaule en présentation du sommet, mais encore dans le cinquième, j'ai pu transformer une présentation du siège en présentation du sommet. »

Si la tête, ainsi ramenée au détroit supérieur a de la tendance à s'engager, on la surveillera afin que la présentation vicieuse ne se reproduise.

Si elle tend à se déplacer, on appliquera la « ceinture eutocique » du professeur Pinard.

Il est évident que le moment le plus favorable pour pratiquer cette manœuvre, c'est d'agir pendant la grossesse ; mais il n'est pas moins vrai que lorsque la femme est déjà en travail on pourra encore — la poche des eaux étant intacte bien entendu — essayer la version par manœuvres externes. L'opération, quoique plus difficile dans ce dernier cas est cependant possible.

Si la dilatation est complète, la poche des eaux intacte et les contractions utérines assez fréquentes, il est indiqué de faire la version par manœuvres internes, c'est-à-dire rompre les membranes et aller chercher un pied pour terminer ainsi l'accouchement.

Si l'enfant est mort, la poche des eaux rompue et la plus grande partie de liquide amniotique écoulee en dehors, il faut s'abstenir de la version par manœuvres internes et terminer l'accouchement par l'embryotomie, car autrement on peut faire courir à la mère le danger d'une rupture utérine.

Outre la rupture utérine dont nous avons parlé à propos de l'utérus bicorne, il peut survenir encore pendant ou avant le travail un nombre d'autres accidents dépendants des vices de conformation même.

Ainsi, c'est l'insertion vicieuse du placenta qui prédispose comme toujours, aux hémorragies soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

C'est en effet une complication assez fréquente, qui a été notée par tous les auteurs ; et dans nos observations, nous avons pu aussi enregistrer le fait.

Mais pouvait-on, à cause de cette fréquence relative d'insertions vicieuses déduire à une malformation ? Nous croyons que non.

Quelques auteurs ont soutenu que cette hémorragie résulterait plutôt de l'inertie de l'une des cornes et de l'enchaînement du placenta ; mais d'après les connaissances actuelles, il paraît plus rationnel, de lui attribuer comme cause soit l'insertion vicieuse du placenta, soit l'adhérence de quelques cotylédons, ou de membranes.

On peut donc aujourd'hui considérer ces hémorragies comme une résultante de l'insertion vicieuse, laquelle à son tour, n'est qu'une complication de la malformation

utérine, et de l'adhérence anormale des membranes ou de cotylédons (1).

Au point de vue pratique, il n'y a pas de thérapeutique spéciale à faire contre ces hémorragies de l'insertion vicieuse du placenta dépendantes d'une malformation.

La conduite à tenir est en effet la même que dans tous les cas d'hémorragie causée par cette insertion vicieuse ; c'est de pratiquer largement la déchirure des membranes, ou bien, si cela ne suffit pas, l'introduction d'un ballon Champetier.

Quant à la *délivrance* dans les cas de malformations utérines, c'est l'acte du travail peut-être le plus angoissant, à cause des accidents parfois funestes auxquels elle prédispose si souvent.

La délivrance, dit M. le professeur Pinard, dans les cas de malformations utérines ne doit jamais être confiée à la nature ; c'est une règle obstétricale dont le praticien ne doit pas s'écarter.

En effet, outre les hémorragies qu'on a le plus souvent vu se produire pendant cette période, lesquelles ont nécessité de pratiquer la délivrance artificielle — et dont nous avons enregistré quelques cas dans nos observations — on a cité encore une autre complication plus grave ; nous voulons parler de la gangrène d'une portion utérine amincie et de sa rupture, consécutivement à la chute de l'eschare, comme M. Pinard a eu l'occasion de voir se passer dans un

1. Gaudrelet, loc. cit. p. 27.

cas observé à Lariboisière. Et cela pourrait s'expliquer de la manière suivante (1) : A cause de la malformation utérine, l'incarcération physiologique sera forcément et fatalement troublée, puisque les parois utérines n'auront ni l'épaisseur ni la retractilité normales. Ou l'épaisseur sera trop accusée, ou elle le sera trop peu, et alors l'épaisseur trop grande en un point, augmentera l'incarcération physiologique, tandis que l'épaisseur trop faible en un autre point amènera, pour peu que le placenta soit en arrière, la dilatation de cette partie, son amincissement, et consécutivement sa rupture par gangrène ou non.

Au point de vue de la conduite à tenir, on peut dire que dans la pluralité des cas, on est obligé d'intervenir pendant la délivrance.

Il y a des cas même, où l'on était obligé de pratiquer chez la même femme, 12 et 14 fois la délivrance artificielle.

Disons enfin qu'un autre accident qui assombrît encore de plus le pronostic des malformations, c'est la mort de l'enfant qu'on a observée assez fréquemment.

Car, dans sa thèse, Gautrelet donne comme chiffre de la mortalité infantile dans les cas de malformations utérines diverses, la proportion de 1 sur 5, mortalité énorme qu'on n'a heureusement pas à relever pour la mère.

Enfin pour terminer, disons quelques mots seulement sur les suites de couches :

Que l'accouchement ait lieu dans de bonnes conditions ou

1. In Picot, loc. cit.

non, il n'est pas moins vrai que ces femmes sont plus que toutes autres exposées aux accidents infectieux du post-partum, puisque non seulement il y a le compartiment gravide, mais il y a aussi la loge restée vide, qu'il faut surveiller avec soin, qu'il faut examiner et nettoyer minutieusement comme celle dans laquelle a évolué la grossesse.

OBSERVATIONS

Les observations ci-après sont le résultat de nos recherches portant sur les accouchements qui ont eu lieu à la clinique Baudelocque pendant les deux dernières années 1896 et 1897, soit sur environ 5.000 accouchements, parmi lesquels nous avons relevé à peine un nombre de 15 se rapportant à notre sujet.

Observations recueillies dans le service de M^r le professeur Pinard à la clinique Baudelocque et dont nous remercions vivement notre maître d'avoir bien voulu nous autoriser la publication.

OBSERVATION I

Malformation de l'utérus et du vagin. — Deux utérus, deux vagins. — Grossesse de l'utérus droit. — Injection intra-utérine.

La nommée Marie B..., primipare, âgée de 21 ans, entre à la clinique le 27 mars 1897.

Comme antécédents héréditaires, rien de particulier.

Comme antécédents physiologiques, elle a marché à 11 mois et toujours bien depuis. Les premières règles sont venues à 14 ans, peu douloureuses, régulières, et de durée de 3 jours environ.

Comme antécédents pathologiques, a eu une pneumonie droite à l'âge de 11 ans et en même temps une entérite ? Leucorrhée depuis 3 ou 4 ans.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 28 juin au 1^{er} juillet. (La malade affirme que le début de la grossesse actuelle date depuis le 9 juillet.)

Elle ne se rappelle pas de la date de l'apparition des mouvements actifs. La hauteur de l'utérus à son entrée était de 33 centimètres à droite et de 24 centimètres à gauche. A son entrée, elle était dans le 9^e mois de sa grossesse et jusqu'alors elle faisait son ménage sans se reposer.

Aucun accident pendant toute la durée de la grossesse, sauf quelques douleurs sous-hépatiques dans les derniers mois. Pas d'albumine dans les urines; température normale.

A l'examen général, rien de particulier; tous les organes fonctionnent bien.

A l'examen obstétrical, les seins sont bien conformés, le ventre a une forme irrégulière à cause du développement irrégulier des cornes utérines, la droite est plus volumineuse que la gauche. On fait le diagnostic par le palper d'utérus didelphe, la grossesse se développant dans la corne droite. La tension des parois est moyenne; présentation du sommet engagé à GA; bassin normal, auscultation au-dessous de l'ombilic.

L'histoire de cette femme peut se résumer ainsi :

Elle s'est mariée le 7 mai 1895, et la nuit suivante elle a des rapports avec son mari, rapports très douloureux et assez difficiles la première fois. La femme a perdu à ce moment une légère quantité de sang. A la suite des coïts répétés, elle ressent des douleurs dans le ventre, en même temps que les pertes blanches deviennent plus abondantes. Les douleurs continuent et sans exacerbation cependant, deviennent de plus en plus intenses, et amènent la femme à consulter le professeur Le Dentu qui lui apprend pour la première fois la malformation qu'elle présente et qu'elle ne soupçonnait pas. Des injections firent diminuer les pertes blanches et disparaître les douleurs au bout d'environ 3 mois.

Les rapports sexuels suivants, ne semblent pas être très douloureux. La malade croit, du reste, que le coït avait toujours eu lieu dans le vagin droit, à l'exclusion du gauche.

Les premières douleurs du travail, commencent le 27 mars à sept heures du matin et la femme vient à la clinique, où l'on fait les constatations suivantes :

Par le palper ; l'utérus de forme irrégulière, est déplacé à droite de l'abdomen, mais c'est assez difficile de reconnaître l'existence d'un autre utérus. M. Pinard examine la femme à dix heures du matin, et trouve à la vulve deux orifices séparés par une cloison épaisse qui remonte dans le vagin. Par le toucher les deux vagins, paraissent avoir des dimensions égales ; la cloison qui les sépare est élastique, épaisse et complète jusqu'au fond. Le toucher fait encore reconnaître à gauche, l'existence d'un col très ramolli, très perméable, dans lequel on peut introduire le doigt qui sent à travers la paroi, la tête fœtale engagé. Cet utérus laisse couler une certaine quantité de sang. Le canal cervical file à gauche, et on peut reconnaître

où se trouve le corps par le toucher et palper combinés.

A droite, léger écoulement de sang; le col complètement effacé; les bords de l'orifice sont minces; on sent directement et nettement, les sutures et les fontanelles.

On pratique le toucher à deux heures, et l'on constate que la dilatation n'a pas encore commencé. A trois heures, la femme fait des efforts d'expulsion; la dilatation est complète à ce moment là; et au toucher on constate alors que la tête est déjà à la vulve, repoussant à gauche la cloison médiane.

La rotation est effectuée; la partie antérieure de la cloison, formant une sorte de bride très résistante devant la tête, on essaie de la réduire, en la passant à gauche, et quoique la bride reste en place, l'accouchement a lieu spontanément d'un garçon pesant 2.750 grammes.

Aussitôt après l'accouchement, on pratique le toucher, et l'on constate que la cloison vaginale a éclaté sur toute sa longueur. On arrive sur deux orifices utérins, un gauche, dans lequel pénètre le doigt, et un droit celui par lequel a passé le fœtus. On constate en même temps que les deux cavités utérines sont séparées par une cloison épaisse, qui descend jusqu'aux orifices.

Le placenta se présente par sa face fœtale, et est extrait trente-cinq minutes après l'accouchement.

La quantité de sang perdu pendant la délivrance est nulle, mais la femme a perdu une quantité assez notable avant l'expulsion du fœtus, au moment de la déchirure de la cloison. — Injection intra-utérine prolongée après la délivrance.

OBSERVATION II

Utérus cordiforme. — Hémorrhagie pendant la période de délivrance. — Délivrance artificielle. — Mort le 4 juillet à 3 heures et 12 du matin.

La nommée Adrienne D., primipare, âgée de 20 ans, fleuriste de profession, entre à la salle de travail le 27 juin 1897.

Rien comme antécédents héréditaires.

Ne se rappelle pas à quel âge, elle a commencé à marcher, mais a toujours bien marché.

Elle est réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Rien, au point de vue des antécédents pathologiques.

Les dernières règles datent du 11 au 15 septembre 1896 ; à travaillé, jusqu'au moment de son entrée à la clinique.

Aucun accident, ni complication pendant la grossesse.

Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, tous les organes sont normaux.

A l'examen obstétrical, on trouve les seins, normaux, le ventre normalement distendu, et l'utérus de forme cordiforme. La présentation est un sommet, l'engagement effectué ; position et variété : G. A. L'auscultation, à gauche, au-dessous de l'ombilic. Le bassin est normal.

L'accouchement. — La femme, est entrée à la salle de travail à 1 heure du matin, le 25, et le travail a commencé à 6 heures du soir, le 26 juin.

Le début de la dilatation ? Mais à son entrée, la dilatation était déjà comme une pièce de 5 francs.

La variété de position pendant le travail : G.-A.

La dilatation est complète le 27 juin à 8 heures du matin.

On a fait la rupture artificielle des membranes à la dilatation complète; il s'écoule un liquide amniotique normal.

La variété de position au moment du dégagement: O P.

L'expulsion du fœtus a lieu à 8 h. 30 du matin le 27.

La durée de la période d'expulsion est de 3 h. 30.

Aucune lésion vulvo-périnéale; la quantité de sang perdu avant l'expulsion: nulle.

Mais la femme a perdu une *quantité considérable de sang* depuis l'expulsion, jusqu'à la délivrance.

La durée totale du travail est de 15 h. 1½.

La délivrance.—Trente minutes après l'expulsion du fœtus le pouls qui jusqu'alors était normal, relève tout d'un coup pour atteindre 96 pulsations. L'utérus contient quelques caillots, on fait une injection vaginale chaude. Très rapidement après, la femme perd une grande quantité de sang, et le pouls atteint 112, puis 120 pulsations. Mlle Roze fait faire la délivrance artificielle, par Mlle Jacquemont. Le placenta est étalé, en partie décollé, mais une autre partie est adhérente dans la loge droite de l'utérus et sur sa face antérieure.

Pendant la délivrance, le pouls atteint 134 pulsations.

Après la délivrance, on fait une injection intra-utérine très chaude et prolongée. La femme ne perd plus après.

Le placenta de forme irrégulière, étalé, pèse 520 grammes l'enfant de sexe masculin et bien conformé, a un poids de 3,380 grammes.

Suites de couches. — Le 29 juin: Fissures des mamelons, et lymphangite du sein gauche. Injection intra-utérine, le matin, le liquide ressort très clair; 20 grammes de sérum A. Le soir, injection intra-utérine, le liquide ressort en ramenant des nom-

breux débris de petit volume ; 20 grammes de sérum A.

Le 30 juin : Injection intra-utérine. Curettage par M. Bouffe, on retire peu de débris, n'ayant aucune odeur ; le col utérin, est tomenteux et couvert d'enduits blanchâtres.

Le 1^{er} juillet à 10 heures du matin, 40 grammes de sérum ; vomissements fréquents. A 2 heures, 140 p., 30 R, T. 39.5 — 30 grammes de sérum.

A 6 heures, injection intra-utérine, le liquide sort un peu trouble ; à peine quelques menus débris. Vomissements jaunâtres, et diarrhée pendant une partie de la journée, cataplasmes chauds et onguent napolitain sur l'abdomen. Sérum de Mar-moreck 30 grammes.

Le 2 juillet à 5 h. 1¹/₂, T. 39⁶ ; injection de 20 grammes de sérum ; à 10 heures, 39⁵ ; à 2 heures, 39⁶ ; 2 piqûres de 20 grammes de sérum.

Depuis le 2 juillet, la malade a du délire et une espèce de bégaiement qui rend ses paroles incompréhensibles.

Le 3 juillet, le délire persiste, langue humide, mais sale.

On fait, le matin, une piqûre de morphine et 20 grammes de sérum ; à 2 heures du soir 20 grammes de sérum ; à 5 heures 40 grammes de sérum ; transpirations abondantes. — Mort le 4 juillet.

A l'autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, les intestins se présentent avec leur coloration normale, sans vascularisation ; on trouve dans le péritoine quelques cuillerées de liquide séro-sanguinolent.

La vessie est très distendue, pleine de liquide : 700 grammes ; dans l'épaisseur de la paroi postérieure de la vessie près du trigone vésical, rugosités de couleur brunâtre.

Parois vaginales saines en apparence.

Parois utérines, très molles, flasques et à la compression, il en sort du pus phlegmoneux, particulièrement de la loge gauche, ainsi que du côté droit.

Dégénérescence graisseuse des reins.

La capsule surrénale droite pèse 10 grammes, celle du côté gauche 7 grammes.

La rate pèse 285 grammes, le foie 1390 grammes.

A l'ouverture du thorax, on trouve pour le poumon gauche, des fausses membranes pleurétiques, ainsi qu'un épanchement séro-sanguinolent analogue à celui qui a été trouvé dans la cavité abdominale. Le poumon est en outre un peu œdémateux.

Pour le poumon droit, des fausses membranes pleurétiques en avant et adhérences interlobaires.

Le cœur, très petit; liquide péricardique jaunâtre limpide; valvules et endocarde intacts.

Diagnostic anatomique : *lymphangite de l'utérus ; pleurésie double récente.*

OBSERVATION III

Utérus cordiforme. — Rupture prématurée des membranes 2 jours avant l'accouchement. — Présentation de l'épaule droite, dorso-antérieure. — Evolution spontanée. — Enfant mort du poids de 1870 grammes.

La nommée Léontine L..., âgée de 20 ans, fleuriste de profession, secondipare, entre au dortoir le 6 janvier 1896.

Rien au point de vue des antécédents héréditaires.

Ne se rappelle pas à quel âge elle a commencé à marcher, mais a toujours bien marché. Régée à 11 ans.

Rien au point de vue des antécédents pathologiques.

A eu une première grossesse, en 1893, qui s'est terminée par un avortement de 6 mois, fœtus né vivant, hémorragie deux jours avant.

Même père pour la grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 20 au 24 mai.

La hauteur de l'utérus a 24 centimètres après rupture des membranes.

A travaillé jusqu'à son entrée dans le service.

Aucune complication pendant la grossesse. Température normale.

Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, tous les organes fonctionnent bien.

A l'examen obstétrical, seins normaux, le ventre peu développé. Par le palper, on constate que l'utérus a une forme cordiforme très caractéristique. Tension des parois moyenne. Le fœtus est mobile et l'engagement n'est pas effectué.

Le 7 janvier, à 8 h. 30 du soir, cette femme entre à la salle de travail, les membranes étant rompues depuis 2 jours.

On constate alors par le palper une présentation de l'épaule en dorso-antérieur. Par le toucher, le col est en voie d'effacement.

Les bruits du cœur sont normaux et se maintiennent ainsi jusqu'à 9 heures du matin, alors que la dilatation est comme une pièce de 5 francs. Mais, peu de temps après, ils se ralentissent, descendent à 96° puis à 80°, et, bientôt on ne les perçoit plus.

Au toucher, on fait le diagnostic, d'une circulaire très serrée

autour du bras droit, et on ne sent plus de battements funiculaires.

Les contractions sont fréquentes et énergiques.

La dilatation se complète à 5 heures du matin. La parturiente est placée dans la position obstétricale, on l'engage à pousser, et on voit se dégager successivement l'épaule droite, puis le bras, puis le tronc.

On extrait la tête en appliquant la manœuvre de Mauriceau et l'expulsion a lieu à 5 h. 50 du matin d'un enfant mort-né du sexe masculin qui pèse 1,870 grammes.

On remarque une bosse séro-sanguine siégeant au niveau du bras droit et de l'omoplate.

La durée totale du travail est de 11 h. 50.

La délivrance par extraction simple a lieu à 7 heures du matin (1 h. 10 après l'expulsion du fœtus).

Quantité de sang perdu pendant la délivrance, nulle. On fait une injection intra-utérine.

OBSERVATION IV.

Malformation utérine. — Rupture prématurée des membranes 2 jours avant l'accouchement. — Délivrance artificielle. — Hémorragie avant la délivrance.

La nommée Pierre B..., tertipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique Baudelocque le 17 décembre 1895.

Rien au point de vue des antécédents héréditaires.

A marché à 1 an et toujours bien depuis.

Réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement.

Comme antécédents pathologiques, a eu la rougeole à 4 ans.

Comme antécédents obstétricaux, elle est accouchée en 1891 à Baudelocque pour la première fois d'une fille à terme spontanément par le sommet, nourrie au sein maternel et bien portante (placenta sur le segment inférieur). En 1895, deuxième accouchement, à Baudelocque, d'un garçon spontanément à 7 mois 1/2. Sommet; mort quelques heures après la naissance. Hydramnios, insertion vicieuse du placenta; hémorragies à répétition pendant la grossesse et le travail. Hémorragie de la délivrance. Température. Deux curettages. Injection intra-utérines. Père différent pour la première grossesse.

Grossesse actuelle. — Ne se rappelle pas de la date des dernières règles. Apparition des mouvements actifs, vers le milieu d'août. Hauteur de l'utérus, 31 centimètres à son entrée. Se repose depuis un mois au dortoir. Aucune complication pendant la grossesse, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical, seins normaux, ventre idem, utérus mal conformé. Tension des parois. moyenne. Présentation du sommet, non engagé. Position et variété : G. T. Bassin normal, auscultation à gauche.

Accouchement. — Le début du travail date du 14 janvier 1896, 10 heures du soir. Elle rentre à la salle de travail à 11 h. 30 du soir, avec une dilatation à son entrée d'une pièce de 5 francs. Position et variété : G. A.

La dilatation est complète le 15 janvier, à 1 h. 20 du matin,

Les membranes sont rompues depuis le 13 janvier, 10 heures du soir, liquide amniotique ?

L'expulsion du fœtus a lieu le 15 janvier, à 1 h. 40 du matin. L'enfant, du sexe féminin, de bonne constitution, pèse 2,700

grammes. Variété de position au moment du dégagement : Q. P. Aucune lésion vulvo-périnéale. Quantité de sang perdue, avant l'expulsion, nulle; mais depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance la femme perd une quantité considérable de sang. Durée totale du travail : 3 h. 40.

Délivrance. — Environ 30 minutes après l'expulsion du fœtus, on remarque que le poulx est à 95; à ce moment la hauteur de l'utérus est de 25 cm. Le poulx monte rapidement jusqu'à 120 pulsations.

Il y a menaces de syncope et de vomissements; la femme continue à perdre, M. Bouffe fait alors la délivrance artificielle, puis on pratique des injections intra-utérines; l'eau ressort très claire, et depuis le poulx est tombé à 92 pulsations.

Le placenta de forme irrégulière pèse 450 grammes.

OBSERVATION V

Utérus cloisonné (bicorne?). — Présentation de l'épaule. — Siège ramené en bas par M. le professeur Pinard; ceinture. — Extraction du fœtus par M^{lle} Rosé. — Délivrance artificielle. — Application d'un ballon Champetier.

La nommée Adeline M..., âgée de 26 ans, multipare, confisseuse de profession, entre à la clinique Baudelocque, le 23 juin 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 2 ans, toujours bien depuis.

Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement.

A eu la rougeole étant enfant.

Antécédents obstétricaux. — 1^{er} Accouchement, le 19 décembre 1890, à Baudelocque, d'un garçon mort-né. Epaule, proci-
dence du cordon et du pied. Extraction par M^{lle} Rose. Retour
des règles six semaines après.

2^e Accouchement, le 10 novembre 1894, à Baudelocque.
Epaule, garçon élevé au sein maternel pendant 16 mois, retour
des règles au bout de 9 mois.

3^e Accouchement, le 12 août 1896. Avortement de 2 mois.

Après elle a continuellement perdu du sang jusqu'à la fin du
mois de septembre 1896.

1^{er} père pour les 2 premières grossesses.

2^e père pour la dernière grossesse.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, fin de septembre
1896. Apparition des mouvements actifs, fin février 1897. Hau-
teur de l'utérus : 27 cm.

La femme se reposait avant son entrée.

Aucune complication pendant la grossesse; pas d'albumine
dans les urines.

A l'examen général, rien de particulier, sauf des varices des
membres inférieurs et de la vulve.

A l'examen obstétrical : par le palper, on constate le déve-
loppement exagéré de l'utérus dans le sens transversal. Utérus
bicorne ?

Présentation : transversale, engagement non effectué, tête à
droite, dos en avant. — Bassin normal; auscultation à droite,
au-dessous de l'ombilic.

Particularités : Le 23 juin, à la visite, M. Pinard ramène
le siège en bas. Ceinture. La paturiente a quelques douleurs
dans la journée et est amenée à la salle de travail. Le siège est
dans l'hypochondre droit.

Le 24 juin, la femme est dans le même état, le col est dilatable, mais la dilatation ne fait pas de progrès; le siège est très élevé, les bruits du cœur normaux.

A 10 h. 40 du matin, le travail ne faisant pas de progrès, M. Bouffe se décide alors à faire la dilatation artificielle. Il introduit dans le col utérin, le ballon de Champetier, et injecte du liquide jusqu'à la distension maxima.

Aussitôt après, la femme a des contractions douloureuses.

A 6 h. 20 du soir, le col n'est pas encore dilaté. Alors M^{lle} Roze retire du ballon, 80 grammes de liquide et les réinjecte quelques instants après, puis elle exerce des tractions sur le ballon à diverses reprises.

A 8 h. 10 du soir, la dilatation est complète, le ballon est expulsé, M^{lle} Roze fait mettre la femme dans la position obstétricale, introduit la main droite dans l'utérus et abaisse le pied gauche; le tronc se dégage après très facilement, on abaisse successivement le bras antérieur puis le bras postérieur, et l'on termine par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant respire bien, et crie presque immédiatement.

La durée totale du travail est de 31 heures.

Bien qu'il n'y avait pas d'indications pour pratiquer la délivrance artificielle, M^{lle} Roze, voulant se rendre compte de la forme de l'utérus, introduit la main dans cet organe pour en extraire le placenta. *Elle trouve l'utérus divisé en 2 loges, par une cloison très sensible.* A gauche on peut introduire seulement deux doigts, et c'est dans la loge droite plus vaste, qu'on a trouvé le placenta et les membranes adhérentes, et que M^{lle} Roze décolle facilement.

L'opération a demandé en tout 15 minutes.

On fait des injections intra-utérines après.

L'enfant du sexe féminin et de bonne constitution pèse 3,210 grammes.

Le placenta de forme discoïde a 600 grammes.

OBSERVATION VI

Utérus bicorne. -- Petite hémorragie pendant la délivrance.

Aline F..., âge 28 ans, lingère, entre pour son deuxième accouchement à Baudelocque, le 27 juin 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 15 mois, toujours bien depuis.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

A eu la rougeole à 2 ans.

Son premier accouchement date du 18 septembre 1895 à Baudelocque, d'une fille à terme, spontanément par le sommet, enfant nourri au biberon et bien portant.

Même père pour la grossesse actuelle.

A eu ses dernières règles le 29 septembre 1896.

Les mouvements actifs ont apparu au commencement de février 1897.

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

A eu du 29 octobre au 15 décembre 1896 un léger écoulement sanguin, qui se répéta trois fois.

Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien de particulier, sauf de légères varices à la jambe droite.

A l'examen obstétrical : seins normaux, ventre moyennement distendu. Forme de l'utérus : bicorne. Présentation du

sommet, engagé en G A. Bassin normal. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic.

Le travail débute à 7 heures du soir le 27 juin.

La dilatation — à son entrée à la salle de travail vers 9 heures du soir — était comme une pièce de un franc.

La dilatation se complète à 8 h. 40 du matin le 28 juin, et les membranes se rompent spontanément.

Liquide amniotique verdâtre.

L'expulsion du fœtus a lieu à 9 heures du matin. La durée de la période d'expulsion était d'environ 20 minutes. Aucune lésion vulvo-périnéale, aucune quantité de sang perdu avant l'expulsion.

Mais la femme perd une quantité assez considérable de sang depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance.

Le placenta se présente par sa face utérine; on pratique son extraction par expression française à 9 h. 30, la femme commence à perdre du sang. Cependant le pouls n'était pas inquiétant. Après l'extraction du placenta, une assez considérable quantité de sang s'écoule derrière et la femme commença à pâlir. Le pouls monta peu à peu jusqu'à 120; on fait des injections intra-utérines à 48°.

L'utérus étant bien rétracté quelque temps après, M. Bouffe constate sa forme particulière.

Comme particularités, on constate sur le placenta, un petit kyste du volume d'un œuf de pigeon sur la face fœtale, et contenant un liquide transparent. En outre quelques caillots dans les membranes près de l'ouverture de l'œuf; collerette fibro-graisseuse circonscrivant sur la face fœtale près du cordon, un espace de 7 ou 8 centimètres de diamètre.

Le placenta pèse 540 grammes.

OBSERVATION VII

Utérus cordiforme.

Anne P..., âgée de 39 ans, secondipare, entre à la clinique le 28 janvier 1896.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché (?) toujours bien.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement.

A eu la fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans.

Son premier accouchement date du 13 juin 1884, accouchée spontanément, à terme, d'un enfant vivant, élevé au biberon par la mère. Mort de méningite au mois de février 1885.

Les dernières règles datent du 15 ou 18 avril 1895.

Apparition des mouvements actifs ?

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres.

S'est reposée pendant toute la durée de la grossesse.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical : seins, ventre normaux.

On est frappé de la forme cordiforme de l'utérus.

Tension des parois, normale.

Présentation du sommet, engagé en G A. Bassin normal.

Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic.

Le travail débute le 28 janvier 1896 à 11 heures du soir.

La femme entre à la salle de travail le 29 janvier à 7 heures du matin, et à ce moment-là, elle a eu une dilatation grande comme une petite pomme.

La dilatation est complète à 7 h. 40 du matin, quand a lieu la rupture spontanée des membranes.

Liquide amniotique, normal.

L'expulsion du fœtus a lieu à 7 h. 55 du matin, après une durée d'expulsion de 15 minutes.

Très légère quantité de sang perdu avant l'expulsion du fœtus.

Durée totale du travail : 8 h. 55.

Extraction simple du placenta à 8 h. 40, 45 minutes après l'accouchement.

Aucune complication pendant la délivrance.

La placenta pèse 430 grammes ; les membranes sont complètes et dissociées, ayant gardé l'empreinte laissée par l'éperon de l'utérus.

OBSERVATION VIII

Malformation utérine. — Présentation du siège. — Placenta sur le segment inférieur 30/4.

Octavie D..., primipare, âgée de 18 ans, domestique, entre à la clinique Baudelocque le 27 mai 1896.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 10 mois, toujours bien.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

A eu la rougeole à 14 ans.

Les dernières règles datent du 6 au 10 septembre 95.

Les mouvements actifs ont apparu en janvier 96.

Hauteur de l'utérus : 32 centimètres.

Etant domestique, elle était obligée de travailler jusqu'au moment de son entrée à la clinique.

Pas de complications pendant la grossesse. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical : seins normaux, le ventre a une forme assez caractéristique, en cône.

M. Pinard, examinant la femme, après avoir éliminé le diagnostic de fibrome, fait celui de malformation utérine.

Présentation du siège, non engagé en GT.

Bassin vicié. Auscultations à gauche.

La parturiente est entrée dans le service souffrant depuis quelques jours, dit-elle.

Le 29 mai à 2 heures et demie du soir, la dilatation commence.

Le 30 mai, à 11 heures du matin, elle est comme une pièce de 2 francs; les douleurs sont fréquentes, les membranes tendues.

Vers trois heures et demie du soir, la rupture des membranes est faite spontanément, alors qu'on s'est disposé à la pratiquer artificiellement.

A 5 heures, la dilatation, est complète, et le dégagement du fœtus, se fait régulièrement. On établit l'anse du cordon, on pratique la manœuvre de Moriceau suivant les règles. Pendant le dégagement du tronc, le fœtus a fait quelques mouvements respiratoires. Légèrement étonné, à sa naissance quelques bonnes frictions et des aspirations au tube de Ribemont l'ont vite ranimé.

La durée de la période d'extraction était de 30 minutes.

Le placenta ne présentant pas sa face fœtale, est extrait par extraction simple à 6 heures 30 minutes, après l'extraction du fœtus.

On fait une injection intra-utérine prolongée après la délivrance,

OBSERVATION IX.

Utérus bicorne. — Délivrance artificielle, faite 2 heures après l'expulsion du fœtus.

La nommée Adèle B..., secondipare, âgée de 40 ans, brodeuse de profession, entre à la clinique le 7 janvier 97.

Comme antécédents héréditaires : père mort de diabète, mère bien portante, un frère et une sœur morts de maladie de cœur.

Antécédents physiologiques : A marché tard, toujours bien ; réglée à 15 ans, irrégulièrement depuis.

Comme antécédents pathologiques, elle souffre d'une bronchite chronique depuis l'enfance ; gastrite alcoolique.

Antécédents obstétricaux : son premier accouchement date du mois de novembre 1894 ; accouchée à 8 mois ; hémorrhagie ; — délivrance artificielle ; — fille élevée en nourrice, bien portante.

Grossesse actuelle : Les dernières règles datent du 12-15 mai.

Les mouvements actifs de fœtus ?

Hauteur de l'utérus : 37 centimètres.

Au moment de l'accouchement, la grossesse est de 8 mois et demi.

Avant son entrée, elle travaillait étant assise.

A eu des vomissements abondants de la sixième semaine au septième mois. — Température normale. — Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, on trouve de gros râles bulleux disséminés dans les deux poumons. — Les autres organes sont normaux.

A l'examen obstétrical, seins et ventre normaux. Par le palper on détermine plus ou moins bien la forme de l'utérus qui est bicorné.

Présentation du sommet, non engagé.

Position et variété G. T.

Bassin normal ; auscultation à gauche.

Accouchement : Le début du travail a lieu à midi le 12 janvier 1897.

La dilatation est de 1 franc à 2 heures et demie, et se complète à 8 heures 55 du soir.

La rupture spontanée des membranes a lieu à 7 heures 35 du soir, la dilatation étant alors comme une pièce de 5 francs.

Liquide amniotique normal.

L'expulsion du fœtus a lieu le 12 janvier à 9 heures du soir.

... Durée totale du travail : 9 heures.

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance ; assez notable.

A 11 heures du soir, 2 heures après l'expulsion, on pratique la délivrance artificielle. Le poulx, à ce moment, est à 92. La femme ne perd pas.

On trouve le placenta adhérent sur toute la face antérieure de l'utérus ; pendant le décollement il y eut peu d'écoulement sanguin ; le placenta est contenu dans la corne droite, laquelle est beaucoup plus développée que la gauche.

Le placenta de forme discoïde pèse 500 grammes.

L'enfant, de sexe masculin, bien conformé, pèse 2,500 gr.

Injection intra-utérine après la délivrance.

OBSERVATION X

Utérus bicorne. — Fœtus macéré. — Hydropisie de l'amnios; quantité qui a pu être recueillie après l'expulsion : 1,025 grammes.

Clémence P..., âgée de 20 ans, mécanicienne de profession, vient à la clinique Baudelocque le 8 février 1897 accoucher pour la deuxième fois.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché toujours bien.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

A eu la fièvre thyphoïde à 15 ans.

En 1894, accident initial syphilitique à la grande lèvre droite, soignée à Broussais (traitement); à sa sortie de l'hôpital, elle s'est soignée pendant 1 mois et demi.

Son premier accouchement date du mois de novembre 1895. Accouchée à 8 mois d'un garçon (fœtus macéré) spontanément par le sommet.

Le père est mort tuberculeux.

Même père pour la grossesse actuelle.

Date des dernières règles, fin de mai 1896.

Hauteur de l'utérus, 33 centimètres (liquide abondant).

Date de la grossesse au moment de l'accouchement, 9^{me} mois.

La femme, avant son entrée, s'est reposée depuis 15 jours.

Ne sent plus remuer son enfant depuis 5 jours; montée laiteuse le 6 février. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical, seins et ventre normaux.

Utérus de forme bicorne. Tension des parois, moyenne.

Présentation du sommet, non dégagé.

Position et variété, D. T. Bassin normal. Auscultation nulle.

Cette femme, entrée à la clinique le 8 février à 9 heures du soir, a, à ce moment-là, une dilatation comme une paume de main; il y a hernie de la poche des eaux.

A 10 h. 45, la dilatation paraissant complète, on pratique la rupture artificielle des membranes, il s'écoule alors une quantité notable de liquide amniotique noirâtre. A 10 h. 5, a lieu l'expulsion d'un fœtus macéré du poids de 3,050 grammes.

Après l'expulsion, la quantité du liquide recueillie est de 1,025 grammes.

A 10 h. 35 (30 minutes après l'expulsion du fœtus), on pratique l'extraction simple du placenta qui se présente par sa face fœtale. Poids du placenta, 725 grammes. Injection intra-utérine.

OBSERVATION XI

Utérus bicorne. — Membranes rompues. — Présentation du siège complet. — Dilatation d'une paume de main. — Pro-cidence du cordon. — Injection intra-utérine. — Injection de sérum A.

La nommée Marie M..., primipare, âgée de 20 ans, femme de chambre de profession, entre à la clinique Baudelocque le 22 novembre 1897 à 1 h. 45 du soir.

Antécédents héréditaires, nuls.

A marché toujours bien.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

Pas d'antécédents pathologiques.

Les dernières règles datent du 15 au 16 mars.

Apparition des mouvements actifs?

L'âge de la grossesse à son entrée, 8 mois.

La femme se reposait depuis quinze jours seulement.

Pas d'accidents pendant la durée de la grossesse.

A l'examen général, rien d'anormal. A l'examen obstétrical, seins et ventre normaux. Utérus de forme bicorné. Tension des parois normale. Présentation du siège complet, l'engagement non effectué, en position G. T.

Bassin normal, auscultation à gauche.

Particularités. — Cette femme arrive à la clinique le 22 novembre à 1 h. 45 du soir avec les membranes rompues. En pratiquant le palper, on remarque que l'utérus, fortement dévié à droite, présente une sorte d'encoche sur le bord gauche, laquelle se prolonge obliquement sur la surface de l'utérus. La moitié droite de l'axe du détroit supérieur est vide.

Le palper est interrompu après avoir constaté une procidence du cordon qui fait saillie hors de la vulve (anse de 20 centimètres environ).

Les battements sont assez faibles, aussi tente-t-on de repulser immédiatement le cordon au-dessus du membre inférieur qui se présente au niveau du détroit supérieur, mais on ne peut pas y arriver.

M^{lle} Roze essaie à son tour mais sans résultat.

Elle se décide alors de terminer l'accouchement, en allant à recherche du pied droit, qu'elle abaisse facilement. Elle termine par la manœuvre de Mauriceau qui permet d'extraire un enfant de 2,480 grammes né étonné et facilement ranimé.

Pendant la période de délivrance, on constate, par le palper,

un aspect tout particulier de l'utérus; le fond de l'utérus est partagé en 2 parties par un sillon très prononcé, situé à peu près sur la ligne médiane. La partie gauche petite, atteint à peine le volume d'une orange; la droite, fortement déviée, remonte à 21 centimètres au-dessus du pubis.

Après la délivrance, cette forme anormale s'atténue, mais ne disparaît pas complètement; on sent encore sur le bord gauche de l'utérus une dépression manifeste.

Pendant l'injection intra-utérine qui suit la délivrance, le doigt introduit dans le segment inférieur de l'utérus, ne perçoit pas de cloison.

OBSERVATION XII

Utérus cordiforme. — Femme entrée avec une dilatation complète. — Membranes rompues. — Injection intra-utérine.

La nommée Louise G..., multipare, âgée de 29 ans, domestique de profession; entre à la clinique Baudelocque le 15 mars 1896 à 2 h. 15 du matin.

Antécédents héréditaires : nuls.

A marché à 10 mois, et toujours bien depuis.

Réglée à 14 ans, d'une façon irrégulière.

Antécédents pathologiques : nuls.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse. — En 1885, accouchement spontané à 7 mois. Enfant mort quelques mois après d'atrophie.

2^e grossesse. — En 1887, accouchement spontané, à terme; fille nourrie au sein maternel, vivante et bien portante.

3^e grossesse. — En 1889, accouchement spontané, à terme; fille nourrie au sein maternel et bien portante.

Même père pour les trois premières grossesses.

Père différent pour la quatrième.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 12 au 14 juin.

Apparition des mouvements actifs, vers le 15 novembre.

Age de la grossesse à son entrée : 9^e mois.

A travaillé jusqu'à son entrée à la clinique. Aucune complication. Température normale. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical : seins et ventre normaux. Forme de l'utérus : cordiforme très caractéristique.

Présentation du sommet, rotation faite; engagement effectué. Bassin normal.

L'expulsion du fœtus a lieu le 15 mars à 2 h. 1/2 du matin.

La femme arrivant à la période d'expulsion, on n'a pu lui donner aucun soin avant.

Le placenta se présentant par sa face fœtale, on pratique l'extraction simple quarante minutes après l'expulsion fœtale. Aucune complication pendant ni après la délivrance.

Injection intra-utérine prolongée.

Le placenta de forme discoïde pèse 460 grammes.

L'enfant de sexe masculin et bien conformé pèse 2,940 grammes.

OBSERVATION XIII

*Utérus cordiforme. — Présentation du siège complet
en S. I. D.*

Marie B., primipare, âgée de 17 ans, domestique, entre à la clinique le 25 octobre 1896 à 2 heures du soir.

Antécédents héréditaires : nuls.

A marché à 9 mois, toujours bien.

Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement.

Pas d'antécédents pathologiques.

Les dernières règles datent du 1^{er} au 3 février.

Mouvements actifs du fœtus ?

Hauteur de l'utérus : 36 centimètres.

A son entrée, la grossesse est au 9^e mois.

A travaillé jusqu'au dernier moment de sa grossesse.

Comme accidents pendant la grossesse :

Pertes de sang au troisième mois, qui sont survenues pendant la nuit. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, on ne remarque rien de particulier.

A l'examen obstétrical, les seins et le ventre sont normaux.

L'utérus présente la forme cordiforme caractéristique. Tension assez considérable des parois.

Présentation du siège.

Engagement non effectué.

Position et variété D. T.

Bassin normal. Auscultation à droite, au niveau de l'ombilic.

Début du travail ?

A son entrée dans la salle vers 2 heures du soir, elle a eu une dilatation comme une pièce de cinq francs.

Dilatation complète à 6 h. 30 du soir.

Avant la dilatation complète, il se produit la rupture spontanée des membranes vers 4 h. 30.

Liquide amniotique normal.

Variété de position au moment du dégagement S. P.

L'expulsion du fœtus a lieu à 7 heures du soir (on intervient seulement pour le dégagement de la tête).

Quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance : assez abondante.

Durée totale du travail ?

Le placenta se présentant par son bord, on pratique à 7 h. 40, l'extraction par expression française (40 minutes après l'accouchement),

Il s'écoule une quantité assez considérable de sang pendant la délivrance.

Le placenta de forme ellipsoïdale pèse 400 grammes.

L'enfant du sexe masculin, du poids de 2700 grammes est bien conformé.

OBSERVATION XIV

Utérus bicorne

La nommée Jeanne-Marie V..., primipare, âgée de 25 ans, domestique, entre à la clinique le 4 juin 1896, à 9 heures du matin.

Pas d'antécédents héréditaires.

A marché à un an, toujours bien depuis.
Réglée entre 16 et 17 ans, et irrégulièrement; ses règles ont toujours peu abondantes; leucorrhée.
Ses dernières règles datent du 27 au 28 août 1895.
Les mouvements actifs du fœtus : janvier 1896.
Hauteur de l'utérus : 31 cm.; membranes intactes.
A peu travaillé dernièrement.
Pas d'accidents pendant la grossesse.
Pas d'albumine dans les urines.
A l'examen général, on trouve des intermittences cardiaques ; en outre, le premier bruit à la base est éclatant et dur.
Les autres organes fonctionnent bien.
A l'examen obstétrical : seins et ventre normaux.
L'utérus, variété bicorne 2.
Tension des parois, normale.
Présentation du sommet, engagé, en G. A.
Bassin normal.
Ralentissement des bruits du cœur fœtal jusqu'à 100, un quart d'heure avant l'accouchement.
Accouchement :
Début du travail : à midi, le 4 juin.
La dilatation commence à midi et se complète à 2 heures.
Rupture précoce des membranes; à 9 h. 15, la dilatation était seulement d'une pièce de 5 francs.
Liquide amniotique : vert.
Au moment du dégagement, variété de position : O. P.
L'expulsion du fœtus a lieu le 4 juin, à 11 h. 45 du soir.
Durée de la période d'expulsion : 50 minutes.
Durée totale du travail : 11 h. 45.
Le placenta se présentant par son bord, on pratique l'extrac-

tion par expression française 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Quantité de sang perdu pendant la délivrance : assez considérable.

Le placenta de forme discoïde pèse 370 grammes.

L'enfant, fille bien constituée, pèse 2,360 grammes.

OBSERVATION XV.

Utérus bicorne. — Délivrance artificielle.

La nommée Blanche C..., primipare, âgée de 26 ans, entre à la clinique Baudelocque le 30 avril 1896 à 4 heures du soir.

A marché ? toujours bien.

Réglée à 15 ans et demie, irrégulièrement.

Antécédents héréditaires et pathologiques, nuls.

Dernières règles du 17 novembre 95.

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

Age de la grossesse au moment de l'accouchement, neuvième mois.

La femme se reposait avant son entrée à la clinique.

Aucune complication pendant la grossesse.

Température normale ; pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, rien d'anormal.

A l'examen obstétrical : seins et ventre normaux.

Utérus : bicorne ? — Tension des parois, normale.

Présentation du sommet, engagé en D. P.

Bassin normal ; — Auscultation à droite, au dessous de l'ombilic.

L'accouchement :

Début du travail : le 29 août 1896 à 1 heure du matin.

Début de la dilatation : le 29 août 1896, à 5 heures du soir.

Variété de la position D. P.

La dilatation se complète le 30 août à 9 heures 10 du matin.

Durée de la période de dilatation : 18 heures.

On pratique la rupture artificielle des membranes à la dilatation. — Liquide amniotique, normal.

Variété de position au moment du dégagement : O. P.

L'expulsion du fœtus a lieu le 30 août, à 11 h. 45 du matin.

Durée de la période d'expulsion : 2 h. 35.

Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle, mais la femme perd une quantité assez abondante de sang depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance.

Durée totale du travail : 34 heures.

A 1 heure du soir, on pratique la délivrance artificielle. Le pouls monte à 104. La quantité de sang perdu pendant la période de délivrance est assez considérable.

Examinant l'arrière-faix, on constate deux masses placentaires, qui ont logé l'une dans la corne droite, l'autre dans la corne gauche.

Les deux masses sont réunies par des vaisseaux.

Le cordon s'insère presque au bord de la plus grosse masse placentaire; il présente un méso.

Sur cette masse, on remarque en même temps un kyste de la face fœtale.

Le placenta pèse 600 grammes; l'enfant de sexe féminin, de bonne constitution physique pèse 2.980 grammes.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, il nous est possible de tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de malformations utéro-vaginales d'origine congénitales, la menstruation fait généralement son apparition plus tardivement qu'à l'époque habituelle; le plus souvent aussi, elle est irrégulière, et parfois même douloureuse.

Mais les véritables anomalies menstruelles varient toujours suivant la variété du vice de conformation :

a) Dans les cas de cloisonnement plus ou moins complet du canal génital, l'écoulement au dehors souvent gêné seulement, est parfois cependant tout à fait entravé; le liquide menstruel s'accumulant alors, donne naissance aux collections bizarres connues sous le nom d'hématocolpos et d'hématométrie, d'un pronostic assez sérieux, et qui nécessitent toujours l'intervention chirurgicale.

b) Dans les cas d'absences ou d'atrésies plus ou moins complètes, d'imperforation ou de développement rudimen-

taire, l'écoulement au dehors n'existe pas à proprement parler.

L'exhalation sanguine, continuant cependant à se produire grâce toujours à l'existence de l'ovaire dans ces circonstances, se traduit cliniquement soit par des douleurs qui surviennent périodiquement, soit par des poussées congestives dans divers organes, soit enfin par des hémorragies supplémentaires, véritables déviations compensatrices du flux cataménial.

c) Toutes les autres malformations n'influencent pas à proprement parler la fonction menstruelle.

2° Les malformations vaginales, telles que l'atrésie et l'absence plus ou moins complète, ainsi que l'imperforation de l'hymen, s'opposent à tout rapport sexuel.

Dans tous les autres cas, la copulation et partant la conception sont possibles.

3° L'influence exercée par les malformations utérines, quelles qu'elles soient, sur la grossesse, varie toujours, suivant le développement de la corne gravidé.

4° Toutes les malformations utérines, et en spécial la variété dite utérus cordiforme, prédisposent aux présentations vicieuses.

Dans ce dernier vice de conformation, on observe fréquemment la présentation vicieuse par excellence, c'est-à-dire, celle de l'épaule.

5° Les malformations vaginales qui ont permis la conception, n'opposent généralement aucun obstacle à l'accouchement.

6° L'état de développement de la corne gravide, influe en même temps sur l'issue favorable de l'accouchement.

a) Quand cette corne est suffisamment développée, la grossesse va à terme, et l'accouchement se passe normalement.

b) Le développement de la corne gravide étant insuffisant, il y aura le plus souvent avortement, très rarement rupture de cette corne.

c) La corne gravide ne communiquant pas avec le vagin; il se passe absolument la même chose que dans la grossesse ectopique.

7° Presque toujours on doit intervenir pour la délivrance.

8° Enfin, les suites de couches exigent une surveillance plus attentive que dans les cas normaux.

Vu par le Doyen ;

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse ;

PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

LEFORT. — Des vices de conformations de l'utérus et du vagin
Thèse d'Aggeg. Paris 1863.

MULLER. — Arch. für Gynec. 1873 B. V p. 132.

MOLDENHAUER. — Arch. für Gynec. 1874 D VI p. 142.

BUDIN. — Progrès méd. 4 mars 1876.

BENICKE. — Zeitschr. für Geb. u. Gynec. 1877 B I. p. 366.

POLAILLON. — Annales de Gynéc. 1877 T. VIII p. 161.

WURTZ. — Des rapports de certaines malformat. utérines avec la
grossesse et l'accouchem. Th. de P. 1877.

A. ISOTSCHOWA. — Travail russe analysé in Centr. f. Gynec. 1878
p. 406.

MEUNIER-QUÉAUX. — D'une anomalie rare dans la conformation
de la matrice. Th. de Paris 1879.

CASSIN. — Arch. de Tocologie, Déc. 1880 p. 753.

SALIN. — Centr. f. Gynec. 1881 n° 9 p. 753.

FARGES A. — Contribution à l'étude de la dystocie dans les cas de
malform. utérines. Th. de Paris 1881.

KOLLIKER. — Traité d'embryologie, Trad. fr. 1882.

VIAULT. — Le corps de Wolff. Th. d'agreg. Paris 1880.

MASCHKA. — Centr. f. Gynec, 1883 n° 14 p. 231.

DE SINÉTY. — Traité pr. de gynéc., 2^e édit. 1884, p. 307.

SOURICE. — Etude sur quelques malformations utérines. Th.
de Paris 1884.

RUGE. — Zeitschr. f. Geb. u. Gynec. 1884, B. X. p. 141.

WIENER. — Arch. f. Gynéc., B. XXVI, p. 234.

SCHRODER. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad.
fr. 1886, p. 497.

TARNIER. — Chantreuil, Budin : Traité d'accouchements, V. II,
p. 196, 2^e édit. 1886.

PINARD. — Clinique médic. du 27 janvier 1891. (Union médicale, 1891 janv.).

PINARD. — Traité du palper abdominal, p. 307.

GILIS P. — Précis d'Embryologie 1891.

Malformation utéro-vaginale : Congr. fr. de chir. in. Annales de Gynéc. et d'obst. 1891, XXXV, p. 308.

THIBAUD. — Malformations utérines au p. d. v. clinique. Th. de P. 1892.

PARRET DE ROCHEFORDIÈRE. — Utérus bicorné. T. de Paris 1893-94.

ROSSA E. — Zwei Falle von Gynatresien. Centr. fr. gynéc. Leipzig 1894, XXV, p. 72-90.

FAIDHERBE. — Malformations chez la femme ; absence des org. gén. internes. Journ. d. soc. méd. Lille 1894, p. 9-16.

HEUTOLAY. — Malformation génitale : Ann. soc. gén. méd. Anvers 1893, 213.

BONNET ET PETIT. — Traité prat. de Gynéc. Paris 1894.

FISCHEL. — Ein Fall von Uterus rudimentarius bicornis ; Molimen menstrualia ; Castration Prag. med. Woch. 1894, XIX, p. 141.

TARNIER. — Utérus double ; Journal des sages-femmes, Paris 1894, XXII, p. 141.

BOURSIER. — Absence cong. du vagin, de la trompe et de l'ovaire gauche. Utérus rudiment. castration. Indicat opérat d. les cas d'abs. cong. du vagin. Congrès per. de gyn. et d'obst. 92. Cr. Bruxelles 34, p. 341.

CHATEAU (Paul H.) — Des cloisonnements du vagin d'orig. cong. Th. de Lille 1894.

SCHUHL. — Utérin et vagin doubles. An. de gyn. et d'obst. Paris, 1894, X, lü, p. 248.

BLANC (E.). — De l'hématométrie unilatérale dans un utérus bipartitus, son traitement. Loire méd., 1895, XIV, p. 3.

KIRMISSON. — Léotomie de l'anus dans les voies génitales chez la femme, traitement. Revue g. de cl. et th., Paris, 95, p. 2.

MEHRER. — Mangel des utérins und senier Adnexe, und rudimentare Scheide. Wien. med. Wech., 1895, XLV, p. 1701.

PIQUÉ. — Absence du vagin. Création artif. de ce canal. Sem. méd. Paris, 1895, XV, p. 474.

POMPE DE MEERVEVOORT. — Cinq cas de conformat. vicieuse des org. gén. de la femme. Arch. de Tocol. et gyn. Paris, 1895, XXII, p. 721.

TARNIER. — Les utérus doubles. Tribune médic. Paris, 1895, 2^e s., XVII, p. 433.

MAGENDI-HUSTÉ. — Cloisonnement transv. du vagin au p. de vue de obstétr. Th. de Paris. 1894-95.

GAUTRELET. — Malformat. de l'utérus au p. de v. de l'accouch. Thèse de Paris, 1895-96.

POZZI. — Traité de gynécologie, 2^e édit., 1896.

CAROLINAS. — Deux cas d'atrésie cong. de l'hymen. Répert. de thèse Paris 1896, XIII, p. 17-19.

CHASSEY. — Utérin bifide recueilli sur une jeune fille décédée à st. Berthe (la conception) de Nephrite scarlat. Marseille méd., 1896, XXXIII, p. 460.

LEUGER. — Absence totale du vagin; hermatométrie, création d'un vag. artif., guérison. Ann. tor. belge de chir. Bruxelles, 1894-95, III, p. 396.

BAR. — Utérus bicorne. Journal des sages-femmes Paris 1896, XXIX, p. 129.

DUMITRESCU (Marie). — Traitm des absences cong. du vagin. Annales de gynéc. et d'obst., p. 85-122, XLVI, 1896.

SIBUT. — Cas de vagin double et d'utérus didelphe. France méd., 1897, XLIV, p. 19-21.

ESQUERDO. — Utérus duble eum unœ soln vagina menstruet, veg. hematometra. Gaz. méd. Barcel., 1897, XX, p. 258.

PRUVOST. — Echo méd. du Nord, 1897, I, p. 192-194. Relation d'un cas d'utérin double, cinq grossesses.

JONNESCO (D.). — Absenta congenit. tatrîn a vaginalus na organelos genitate interne; creare artific a vaginulus poin autaplastree; jindecase « spitalul ». Bucuresci, 1897, XXII, p. 197.

